DE

L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS

PAR LE VAGIN

DANS LES CAS DE CANCER

PAR

LE Dr JULES DOCHE

Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat de l'École (1878) et de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1er prix, 1879),
Ex-aide d'Anatomie,
Lauréat et ancien Secrétaire de la Société d'Anatomie de Bordeaux,

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET E. LECROSNIER

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, place de l'École-de-Médecine, 23

1884

DE

L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS

PAR LE VAGIN

DANS LES CAS DE CANCER

DE

L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS

PAR LE VAGIN

DANS LES CAS DE CANCER

PAR

Le Dr Jules DOCHE

Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat de l'École (1878) et de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1er prix, 1879),
Ex-aide d'Anatomie,
Lauréat et ancien Secrétaire de la Société d'Anatomie de Bordeaux,

---

PARIS
ADRIEN DELAHAYE ET E. LECROSNIER
LIBRAIRES-ÉDITEURS
23, place de l'École-de-Médecine, 23

1884

INTRODUCTION

Je dois le sujet de ce travail à mon excellent chef de service, M. le docteur Demons, qui, le premier, a refait en France l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Il vit pratiquer cette opération par Küster, à Berlin, dans un voyage qu'il fit en Allemagne, et quelque temps après il pratiqua, en décembre 1882, sa première hystérectomie à l'hôpital Saint-André ; elle fut suivie de succès. — Je fis alors, sur ses conseils, quelques recherches bibliographiques, et je m'aperçus que notre littérature ne possédait sur ce sujet que le travail remarquable de Récamier, celui de Coudereau, quelques articles épars et l'étude plus étendue de Schwartz dans la *Revue de Chirurgie.* En Allemagne, en Angle-

terre, en Italie, des articles de journaux, des observations donnaient des détails assez complets, mais il n'existait nulle part d'étude d'ensemble qui permît de se rendre un compte exact de la question, tout en donnant des indications précises sur le manuel opératoire ; c'est ce que j'ai tenté de faire.

Au début, je ne songeais qu'à étudier le *modus faciendi* de l'hystérectomie ; mais trois nouvelles opérations de M. Demons, deux de M. le docteur Dudon et une de M. le docteur Mandillon, pratiquées dans un espace de temps très court, toutes pour des cancers utérins, et suivies de quatre succès, m'engagèrent alors à étudier l'hystérectomie spécialement appliquée au cancer.

Devant les controverses nombreuses au sujet de l'intervention dans les cas de cancer utérin, il m'a fallu établir les indications et les contre-indications de l'opération. Je repousse les opérations partielles, que je considère comme simplement palliatives, et je cherche ensuite à déterminer le moment exact où il faut intervenir. Il est fort difficile de donner des règles précises permettant d'éviter un double danger : le premier, celui d'intervenir trop tôt, et d'enlever ainsi un utérus atteint d'une simple métrite, alors que l'on croit avoir à traiter un cancer ; le second, auquel on sera beaucoup plus exposé, sera d'intervenir trop tard, lorsque le mal a dépassé l'utérus et gagné les parties avoisinantes. Le diagnostic différentiel du cancer au début et de la métrite ainsi que l'étude des adhérences de l'utérus étaient donc à faire.

Le manuel opératoire a été l'objet de tous mes soins. J'ai réuni tous les procédés que j'ai pu, j'ai assisté aux opérations pratiquées à Bordeaux, et, muni de ces documents, j'ai opéré sur le

cadavre ; j'ai déduit de là le procédé général que je crois applicable au plus grand nombre des cas.

Je rappelle rapidement le procédé de Freund pour établir une comparaison entre les deux méthodes. Leurs statistiques sont mises ensuite en regard, et chacun peut tirer une conclusion ; il semble qu'elle doive être favorable à l'opération de Récamier. Tel est du moins mon avis ; mais je ne prétends pas donner une solution définitive. Je dirai, à ce sujet, et c'est ce qui m'enhardit, que MM. Demons, Dudon et Mandillon continueront à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Sauter et Langenbeck, en imaginant la kolpohystérectomie, avaient eu une grande idée chirurgicale ; Récamier l'a rendue pratique. Pourquoi ne porterait-elle pas le nom de son inventeur en France? Cela me paraît juste.

Notons enfin que l'opération de Récamier, tirée de l'oubli par M. Demons, a été pratiquée immédiatement après lui par MM. Dudon et Mandillon, et qu'ainsi les chirurgiens de Bordeaux auront eu l'honneur d'inaugurer une ère nouvelle et féconde du traitement du cancer utérin.

En me confiant leurs observations, après m'avoir permis de les assister dans toutes leurs opérations, ces Messieurs m'ont donné une nouvelle preuve de leur extrême bienveillance ; je remercie vivement mes excellents maîtres de l'hôpital Saint-André.

Que M. le docteur André Boursier veuille bien recevoir aussi le témoignage de ma reconnaissance : ses conseils expérimentés et ses renseignements bibliographiques m'ont été précieux.

Les nécessités du service militaire ne m'ont pas permis de compléter plusieurs recherches entreprises ; j'aurais voulu lire dans le texte même certains ouvrages allemands que j'ai cités de seconde main. J'aurais voulu aussi pouvoir approfondir l'étude de la récidive et réunir quelques données sur les phénomènes menstruels après l'ablation de l'utérus. On voudra bien me pardonner ces lacunes, que je comblerai, j'espère, dans quelque temps.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le nombre considérable des traitements employés contre le cancer de l'utérus nous montre combien chacun d'eux laisse à désirer.

On peut dire en règle générale que, quelle que soit la méthode appliquée, la récidive est certaine; on pare à quelques misères, on éloigne le terme fatal, et c'est tout. — Cependant des cas assez nombreux d'intervention dès le début de la maladie, et où le mal a été largement enlevé, semblent avoir échappé à la récidive. Dans d'autres séries d'opérations la survie a été de plusieurs années. — La chirurgie moderne, mieux équipée, peut aller plus hardiment au-devant du mal. Elle peut, sans danger excessif, accomplir ce que l'on peut considérer pour le moment comme le *nec plus ultra* de la chirurgie du cancer utérin : l'extirpation totale de l'organe malade.

Admettons que la récidive soit inévitable, et c'est malheureusement trop vrai : est-il dans l'esprit de la chirurgie actuelle de rester les bras croisés ou de ne tenter que des traitements palliatifs? Ceux qui déconseillent l'intervention chirurgicale sérieuse sont-ils logiques au point de renoncer à opérer le cancer à quelque région qu'il appartienne? On pratique l'amputation partielle de la langue, l'amputation du sein est classique, etc.; pourquoi rejeter l'amputation du col ou l'hystérectomie?

L'utérus est cependant un organe parfaitement délimité (Cruveilhier), dont l'extirpation peut se faire sans délabrements devant entraîner des infirmités. Mais on n'y songeait pas, et les belles opérations de Sauter et de Récamier sont restées dans l'oubli. Malgaigne ne dit que quelques mots de l'extirpation totale de l'utérus et présente cette opération sous un aspect bien peu encourageant. Enfin, disons le mot, l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, malgré les efforts d'opérateurs de talent, n'a jamais été à la mode : on ne s'est occupé en France que de la méthode Freund, et pour la rejeter, à raison du reste.

Jetons un rapide coup d'œil sur les traitements chirurgicaux du cancer utérin ; ils se divisent en deux classes bien distinctes :

1° Opérations palliatives ou partielles ;

2° Opérations radicales.

Plusieurs éléments ont concouru à établir ces différentes méthodes. D'après les connaissances anatomo-pathologiques, le cancer ne devait pas résister à une cautérisation par le fer rouge ou par les caustiques, suivant les uns; l'excision des parties malades pratiquée largement et dans les tissus sains garantissait de la récidive, suivant les autres; enfin, l'ablation de l'organe entier a été préconisée par d'autres chirurgiens comme la seule opération pouvant donner un résultat satisfaisant. — D'un autre côté, le mal a été diversement attaqué, suivant les moyens de chaque époque chirurgicale et les idées personnelles de chaque opérateur.

C'est ainsi que la deuxième grande méthode de traitement du cancer utérin, la méthode radicale, qui enlève tout l'organe malade est devenue pratique seulement depuis l'emploi des pansements antiseptiques qui ont, dans une certaine mesure, rendu l'ouverture du péritoine aussi peu grave qu'elle était autrefois redoutable.

La pratique de l'ovariotomie avait montré que l'utérus pouvait être enlevé par la voie abdominale : on devait songer à ouvrir le ventre pour extirper l'utérus ; de là la *laparohystérectomie*. — Au commencement du siècle, Sauter et Récamier avaient enlevé l'uté-

rus par une voie beaucoup plus directe : ils l'attaquaient par le vagin. L'opération réussit, mais elle tomba bientôt dans l'oubli. De nos jours seulement les Allemands ont remis à l'étude la *kolpohystérectomie;* et ils ont pratiqué cette opération un grand nombre de fois. Les Anglais et les Américains prennent part au mouvement, et Sanger se demande si nous nous souviendrons en France de Récamier.

Avant de devenir une opération raisonnée et méthodique, l'hystérectomie par la voie vaginale avait été tentée par quelques chirurgiens. — Enfin, la possibilité de cette méthode avait été démontrée par ces accouchements pratiqués par des gens ignorants qui arrachaient l'utérus inversé, croyant avoir affaire au placenta; malgré la plaie abominable résultant de cette mutilation on cite des guérisons.

Pourquoi l'idée de l'extirpation de l'utérus cancéreux ne s'est-elle pas répandue ? Probablement parce que les malades hésitent toujours à découvrir le siège de leur mal et attendent pour le faire que la souffrance ait vaincu leur pudeur. Il résulte que la lésion est presque toujours trop avancée lorsque le médecin est appelé à la constater pour lui permettre de songer à une intervention radicale.

Aussi les occasions favorables à une pareille hardiesse ont été fort peu nombreuses.

L'idée de l'hystérectomie par le vagin est fort ancienne, et, même dans notre siècle, elle a précédé avec Sauter et Récamier la méthode par la voie abdominale, qui a été inaugurée par Heath, de Manchester, en 1843. Sa conception, plus simple cependant que celle de l'opération de Freund, a été abandonnée jusqu'en 1878 : l'ouverture du ventre ayant donné de magnifiques résultats pour l'ovariotomie semblait devoir offrir la voie la plus sûre pour extirper l'utérus. Nous verrons ce qui est vrai.

Soranus, d'Ephèse, aurait enlevé l'utérus par le vagin. Kocks dit que la même opération fut faite par Andreas a Cruce, en 1680. Langenbeck père pratiqua deux fois l'hystérectomie : une fois par le procédé de Gutberlet, assez analogue à celui de Freund.

Sa deuxième opération fut pratiquée par le vagin, en 1813. On a cherché à contester son opération : la pièce enlevée fut jetée par mégarde aussitôt après l'opération, de sorte que l'examen n'en fut pas fait. Cependant Langenbeck prétend avoir enlevé l'utérus, les trompes et les ovaires *sans avoir lésé le péritoine*, ce qui est impossible, la lésion du péritoine étant nécessaire. Max. Langenbeck, le fils, fit l'autopsie de la malade trente-deux ans après l'opération. Il trouva les ovaires et les trompes, et nulle trace de l'utérus, bien que l'opérateur eût laissé une portion du fond de l'organe.

Il semble d'après cela que Langenbeck ait bien enlevé l'utérus; mais les connaissances anatomo-pathologiques étaient trop incertaines pour que, étant donnée la longue survie de la malade, nous puissions compter ce cas parmi les extirpations de l'utérus carcinomateux. L'opération fut mouvementée : il y eut une hémorragie considérable, et Langenbeck dut faire seul les ligatures avec une main et les dents, car son aide Kirchmeyer fut subitement cloué sur une chaise par un violent accès de goutte.

Sauter pratiqua la même opération en 1823. Sa méthode diffère peu de celle de Langenbeck. La vessie fut blessée ; une fistule persista jusqu'à la mort, qui eut lieu quatre mois après l'opération. Elle succomba à de l'œdème pulmonaire.

Blundell extirpa en 1828 un utérus carcinomateux avec succès. La malade survécut un an et succomba à la récidive; le gros intestin était atteint par la néoformation. Une portion malade du vagin fut laissée et devint le point de départ de la récidive. L'hémorragie fut insignifiante : quelques onces de sang s'écoulèrent à peine, et il fut inutile de faire des ligatures.

Récamier pratiqua l'hystérectomie en 1829. Dans son *Traité du Cancer*, il étudie les différents traitements avec le plus grand soin; il donne de nombreuses observations. Son hystérectomie est décrite avec la plus grande netteté, et il indique l'emploi d'instruments nouveaux parfaitement adaptés aux nécessités opératoires. Les indications et les contre-indications y sont données, ainsi que dangers et les accidents possibles. Malheureusement tout ce qui

se rapporte à l'hystérectomie se trouve noyé au milieu des traitements divers tombés aujourd'hui dans l'oubli; l'œuvre entière a eu le même sort. Cependant le manuel opératoire est indiqué avec la plus grande précision ; il ne laisse que peu de chose à ajouter, et le résultat obtenu aurait mérité d'être suivi d'encouragements et d'essais de la part des chirurgiens français. Delpech seul tenta un effort en 1830 ; il fut suivi de succès.

En France on a une répulsion constante pour la chirurgie aventureuse, ce qui est un bien, si cette crainte doit nous préserver de certaines pratiques trop hardies d'outre-Rhin. Mais du moment où elle paralyse les efforts de ceux qui, rompant avec les idées admises, veulent sortir du cercle où ils sont enfermés, on doit la réprimer. Une opération telle que Récamier la décrivait, basée sur des faits anatomiques et cliniques sérieux, ne devait pas être condamnée comme elle l'a été : pour cette question, comme pour beaucoup d'autres, nous nous sommes laissé devancer par nos rivaux, et c'est bien par notre faute. Si nous repoussons l'hystérectomie vaginale, que ce soit avec des motifs sérieux, et que notre abandon ne soit pas le résultat de notre indifférence seule. Enfin si on l'admet, n'oublions pas à qui nous la devons : souvenons-nous de Récamier.

Coudereau donne, en 1876, un procédé qu'il avait employé seulement sur le cadavre ; nous y reviendrons à l'étude du manuel opératoire.

La même année, Hennig de Leipzig, opéra par la méthode vaginale avec succès. Il sectionna les ligaments larges sans hémorragie et sans poser de ligatures.

Vers cette époque (1878) Freund avait remis l'hystérectomie abdominale à l'étude. Ses opérations, aussi bien combinées que possible, perfectionnées par ses élèves et par ses imitateurs, attirèrent vivement l'attention ; mais partout les statistiques furent déplorables : des accidents redoutables enlevaient rapidement les malades quand elles ne succombaient pas au shock.

Billroth fit deux laparohystérectomies, et les deux opérées moururent rapidement ; il essaya alors la kolpohystérectomie. Czerny

et Schrœder suivirent son exemple, et en 1880 parut le travail de Mikulicz sur l'extirpation totale de l'utérus. La lutte s'engage en Allemagne entre les partisans de l'opération de Freund et ceux qui défendent celle de Sauter ; mais presque tout le monde s'accorde pour conseiller l'intervention dans le cancer utérin.

Au Congrès de Londres de 1881 une longue discussion sur notre opération nous donnera de précieux documents.

Cushing invente un instrument pour la ligature préalable de l'artère utérine (1882).

Wallace donne, en 1883, un manuel opératoire et des observations à l'appui.

L'Italie fournit son contingent, et nous donne des statistiques avec Bompiani, Novaro, Cazelli, Causini et Tarsini.

Notons en passant les discussions qui s'élèvent en Allemagne au sujet de la priorité de la rénovation de l'hystérectomie. Sanger nous met au courant : Czerny se plaint de l'esprit de « *caste gynécologique* », qui lui enlève la gloire d'avoir modernisé le premier l'extirpation totale de l'utérus par la méthode de Sauter. — Sanger s'efforce ensuite de pacifier tout le monde en rendant à chacun ce qu'il mérite : Schrœder, Martin, Olshausen, en aidant Czerny et Billroth à remettre l'hystérectomie au nombre des opérations classiques, se sont rendus très méritoires et partagent leur « *gloire* ».

Du reste, Sanger n'oublie pas les vrais inventeurs de la méthode. « Nous nommons, dit-il, avec le même désintéressement l'Allemand Sauter, l'Anglais Blundell, le Français Récamier. — Nous devons aussi mettre à leur côté Czerny, Billroth, Schrœder, A. Martin, Olshausen et tous ceux qui, avec eux, ont déterré l'ancienne base et ont ensemble construit sur elle (1). »

Il est curieux de remarquer par quelle progression on est arrivé à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus, progression que nous

(1) Traduction littérale.

suivons dans le travail de Sanger : Schrœder (*Gazette obstétrique et gynécologique*, t. VI, p. 213) donne un procédé original d'excision supravaginale du col ; de son procédé à celui de l'extirpation totale il n'y a qu'un pas, et Czerny, encouragé par son exemple, pratique l'extirpation totale.

CHAPITRE II

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Nous verrons plus loin que le manuel opératoire de la kolpohystérectomie est simple, exempt de complications postopératoires et relativement peu grave. Dirons-nous qu'il soit facile à mettre en pratique? Loin de là, et ceux qui, sachant posséder une arme puissante, voudraient en user sans discernement s'exposeraient à de graves mécomptes.

Les statistiques que j'ai réunies me semblent favorables à l'hystérectomie, et je ne doute pas qu'elles décident les hésitants. Cette partie de ma tâche est relativement facile. J'ai lu des observations, j'ai assisté à sept opérations, je me suis exercé sur le cadavre, et j'espère pouvoir donner des renseignements précis sur le manuel opératoire. Mais il me faut tracer les limites exactes dans lesquelles il faut agir, il me faut étudier ce diagnostic si difficile du cancer au début. Si on pouvait trouver un signe certain tout à fait au début de la maladie, la tâche serait considérablement simplifiée. Saisir le moment précis où l'on doit opérer est le point délicat et l'élément de succès sans lequel on agira toujours en aveugle et on s'exposera à des désastres qui compromettraient une fois encore l'avenir de l'opération en France.

Les cas où, dès le premier examen, l'indication sera nettement établie sont excessivement rares. Le plus souvent on trouvera

une lésion très avancée, et on devra chercher les contre-indications. D'autres fois on aura de ces types mal définis, n'ayant pas encore l'aspect caractéristique du cancer et se confondant avec la métrite. Dans ces cas, il faudra savoir trouver les caractères du cancer, attendre même que ces caractères se montrent, si on n'en trouve pas au premier examen, et choisir le moment où le mal s'étant nettement montré n'a pas encore dépassé les limites au-delà desquelles l'intervention chirurgicale devient inutile ou dangereuse.

Cette partie, purement clinique, est de la plus grande difficulté, et l'on ne saurait mettre trop de soin à porter un diagnostic précis qui, pour être complet, doit comprendre l'examen de l'état général, de la lésion utérine et des parties voisines de l'utérus.

De l'état général, nous n'avons pas grand'chose à dire. L'hystérectomie, moins grave que la plupart des opérations qui nécessitent l'ouverture du péritoine, ne présente pas d'indications spéciales.

Schrœder, dans sa communication manuscrite à la section d'obstétrique de Liverpool (*British Medic.*, 15 septemb. 1883), après avoir donné comme indication locale de pratiquer l'opération toutes les fois qu'il est possible d'enlever tous les tissus malades, règle que nous discuterons plus loin, ajoute : « Le seul motif pour s'abstenir est une grave maladie constitutionnelle devant amener la mort à bref délai, telle que la tuberculose ou le mal de Bright. »

Laissant de côté l'énumération des conditions requises pour pratiquer une opération sérieuse, — elles sont les mêmes pour toutes, — il est important d'examiner les malades au point de vue des accidents spéciaux qui peuvent survenir pendant ou après l'extirpation de l'utérus. Il existe bien des états pathologiques, en dehors des maladies constitutionnelles, capables d'arrêter le chirurgien.

Toute malade considérablement affaiblie par les hémorragies ou par les écoulements du cancer, pourra arriver à un degré de

non résistance tel, que l'on s'exposerait à la voir succomber au shock immédiatement après l'opération. Il est fréquent, en effet, de voir les opérées fortement déprimées non point par la perte de sang, qui, dans les cas où l'utérus est libre d'adhérences, doit être presque nulle si l'opération est bien conduite, mais par la commotion nerveuse intense qui accompagne les manœuvres pratiquées sur l'utérus. Je suppose que ce shock doit être plus à craindre chez une femme jeune dont l'utérus est en plein fonctionnement, que chez une vieille femme dont l'utérus devient inerte et insensible peu de temps après la ménopause.

Le simple contact du cathéter sur le fond de l'utérus suffit quelquefois pour amener une syncope à l'état normal ; n'a-t-on pas à la redouter bien davantage avec un système nerveux irrité par la douleur, lorsqu'on coupera et liera avec les vaisseaux les nerfs qui se rendent à l'utérus ? N'exagérons pas cependant le danger : comme il existe, nous avons dû le signaler, et il suffira d'être averti pour avoir les plus grandes chances de l'éviter.

Nous avons, de ces considérations, deux conclusions pratiques à tirer :

1° Quand une femme sera par trop anémiée par les hémorragies, il faudra, avant d'opérer, la reconstituer pendant quelque temps, lutter contre l'écoulement sanguin avec l'ergotine, le traitement local avec le feu, le raclage, l'excision des parties saillantes dans les cas de cancers de nature proliférante. Ces dernières opérations auront, en outre, l'avantage de déblayer le terrain pour l'opération radicale.

Nous aurons, du reste, à revenir sur le traitement employé comme moyen diagnostic et sur certaines opérations destinées à préparer des voies commodes aux instruments de l'extirpation radicale.

2° Une indication importante pour l'anesthésie, qui devra être complète, rien ne prédisposant aux syncopes plus que le demi-sommeil dans lequel on se contente trop souvent de plonger les malades ; en agissant ainsi on court au-devant du danger.

Les *antécédents morbides* de la malade devront être connus :

une péritonite antérieure ou des troubles locaux du péritoine du petit bassin pourraient donner une contre-indication à l'opération. On sait combien sont fréquentes les adhérences dues au phlegmon périutérin, aux hématocèles, aux métrites, aux inflammations consécutives à l'accouchement. Dans ces cas, l'examen local doit être fait avec le plus grand soin. Toutes les néoformations ne sont pas également graves, mais elles gêneront toujours dans l'exécution des divers temps de l'hystérectomie.

Supposons pour le moment que nous ayons des néoformations purement inflammatoires. Nous pouvons trouver tous les degrés, depuis le simple épaississement du péritoine du petit bassin, jusqu'à l'empâtement de tous les organes de la région dans une gangue épaisse, d'une dureté cartilagineuse, qui maintient l'utérus comme dans un étau.

Dans le premier cas, l'opération pourra se faire sans grandes complications, peut-être même pourra-t-on décoller plus haut qu'à l'état normal le péritoine qui tapisse l'utérus, ce qui est une excellente condition.

La présence des adhérences est malheureusement plus gênante dans bien des cas.

De simples brides fibreuses, comme on en trouve dans les autopsies, contenues dans la cavité péritonéale et s'étendant de l'utérus aux parties avoisinantes, pourront empêcher d'exécuter le premier temps de l'opération, l'abaissement de l'utérus jusqu'à la vulve. On sera obligé, si la résistance n'est pas absolument invincible, de faire des tractions considérables qui risqueront de déchirer l'utérus, accident des plus gênants, ou de provoquer des tiraillements dangereux dans la cavité abdominale, tiraillements dont on ne peut mesurer l'étendue.

Enfin, dans certains cas, l'utérus est absolument immobilisé dans le tissu inflammatoire, ce que l'on peut constater par le toucher. Une traction pratiquée sur le col avec une pince de Museux donne une sensation de résistance rigide indiquant que la force provoquerait des déchirements et la patience un résultat négatif.

Ici l'abaissement de l'utérus est impossible ; pourra-t-on opérer tout de même? Considérons qu'il faudra sculpter l'utérus dans la position élevée où il se trouve, et que la ligature des artères devra se faire à une grande profondeur et dans un tissu lardacé, où il est fort difficile de saisir l'extrémité des vaisseaux.

J'ai vu un cas de ce genre (1) ; l'utérus était cependant encore un peu mobile. La terminaison fatale me paraît due au shock résultant des tractions considérables qu'il a fallu faire pour obtenir un peu d'abaissement et à la durée considérable de l'opération (4 heures), durée qu'explique la difficulté d'opérer dans un tissu presque lardacé et sur un champ opératoire trop éloigné de la main de l'opérateur.

Dans des cas semblables, quand même on aurait la certitude de trouver l'utérus seul envahi, je crois que l'intervention est contre-indiquée : on n'est pas certain de pouvoir mener l'opération à bonne fin, et dans tous les cas elle durera beaucoup trop longtemps pour n'être pas dangereuse ; on s'expose enfin à léser le rectum et la vessie. Ce n'est pas, il est vrai, un accident sans remède, mais il complique le manuel opératoire et expose la malade à des infirmités que l'on doit éviter à tout prix. Il aggrave, en outre, le pronostic, car il prédispose aux phlegmons urineux et stercoraux.

D'après ce que j'ai dit, les néoformations purement inflammatoires ne paraissent pas devoir apporter toujours de sérieux empêchements à l'extirpation de l'utérus, et lorsqu'elles constituent un obstacle invincible, les symptômes sont nets et de nature à ne pas permettre d'hésitation. Mais, dans la pratique, les adhérences ne seront pas toujours de nature purement inflammatoire : au bout d'un temps plus ou moins long les limites de l'utérus sont dépassées, et le cancer envahit le tissu cellulaire périutérin, la vessie, le rectum, les ligaments larges. Les ganglions lymphatiques contenus dans les ligaments larges s'engorgent rapidement. Ces lésions peuvent provoquer des points de péritonite localisée,

(1) Voyez obs. VI.

et le résultat final sera la production d'adhérences de nature cancéreuse, d'empâtement de la région, d'une immobilisation plus ou moins complète de l'utérus, tous phénomènes absolument analogues à ceux qui suivent l'inflammation simple.

Le cancer pourra, en outre, se développer chez une femme atteinte autrefois de péritonite ou de phlegmon périutérin.

La présence d'un empâtement quelconque autour de l'utérus devient, on le voit, beaucoup plus sérieuse au point de vue clinique. Quand le cancer est tout à fait au début et que les antécédents morbides expliquent nettement la production de proliférations non malignes autour de l'utérus, on pourra porter un diagnostic favorable. On aurait une certitude presque absolue si on connaissait la patiente et si on l'avait suivie dans toutes ses maladies. Mais ce sera l'exception : le plus souvent on ne pratiquera d'examen sérieux que pour la maladie à symptômes alarmants qui amène la malade auprès du médecin. On n'aura aucun signe certain, et, comme la coïncidence d'adhérences inflammatoires avec le cancer n'est en somme qu'une exception, on devra prendre en très sérieuse considération les modifications que l'on pourra trouver dans la mobilité de l'utérus. On devra se souvenir qu'en général des indurations siégeant le long des bords de l'utérus et diminuant d'épaisseur vers les ligaments larges et des noyaux arrondis dans les ligaments recto-utérins sont caractéristiques de l'infiltration cancéreuse. (Schrœder.)

De tout ce qui précède, concluons que toutes les fois que l'utérus sera immobilisé au point de ne pouvoir se prêter à un abaissement notable, même dans le cas où l'utérus seul serait atteint par le cancer, il y a contre-indication de l'hystérectomie.

Certains états pathologiques, au contraire, faciliteront l'intervention, le prolapsus entre autres, dans lequel l'utérus vient se présenter à l'opérateur et supprime le premier temps de l'opération, un des plus difficiles.

L'antéversion ou la rétroversion faciliteront le renversement de l'utérus ; enfin un ou plusieurs accouchements seront favo-

rables par le relâchement qu'ils auront imprimé aux ligaments utérins, au vagin et à la vulve.

Jusqu'à présent, nous nous sommes occupé presque exclusivement des conditions nécessitées par l'hystérectomie, laissant volontairement de côté les indications tirées de la présence du cancer dans l'utérus seulement ou dans l'utérus et ses environs.

Picqué, dans sa thèse, rappelle les règles indiquées par Follin, et les applique au traitement radical du cancer utérin. Trois conditions, selon lui, sont nécessaires pour permettre d'opérer : 1° l'extirpation doit pouvoir être complète ; 2° la plaie opératoire doit être localement curable ; 3° les lésions produites ne doivent intéresser aucun organe essentiel à la vie.

Ces simples règles avaient paru suffisantes à Follin, et, en général, on ne recherchera pas à les outrepasser. Aujourd'hui cependant, avec les moyens puissants dont dispose la chirurgie, il y a une tendance à pousser beaucoup trop loin la hardiesse opératoire. En voici la preuve : « Mikulicz est tout aussi enthousiaste que Wolfler et peut-être plus audacieux. Tant que l'on regardera, dit-il, l'utérus, la vessie et le rectum comme des *noli ne tangere*, aussi longtemps l'extirpation totale de l'utérus cancéreux ne donnera pas les résultats désirables ; très souvent, en effet, elle sera incomplète. Il est d'avis qu'il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie. » (Schwartz.)

En ne se laissant arrêter que par les organes essentiels à la vie, on arrivera forcément à mutiler ses malades et à compromettre la chirurgie. J'espère pouvoir montrer que l'hystérectomie, pratiquée dans les limites que je lui assignerai, n'est nullement une opération hasardeuse, et qu'elle n'expose pas les malades à survivre éloignées de leurs semblables par des infirmités repoussantes que l'on provoquera souvent en suivant les préceptes de Mikulicz. Je ne pense pas que l'on puisse compter sur le succès des sutures de la vessie et de l'intestin, à moins que les perforations ne soient de très petit volume : or, aussi limité que soit le point malade, on devra se conformer au principe qui consiste à tailler large-

ment autour du mal. Une perforation *accidentelle* de ces organes serait beaucoup moins grave, et la possibilité de cet accident ne doit pas préoccuper le chirurgien.

Si l'on ne s'imposait pas une limite nette et rigoureuse, on arriverait à creuser un vaste cloaque réunissant dans une même cavité la vessie et le rectum, avec incontinence d'urine et des matières fécales. Il suffit d'avoir vu le désespoir des malheureuses atteintes de ces infirmités pour prendre la résolution de ne les provoquer à aucun prix.

En chirurgie, la fin ne justifie pas tous les moyens, d'autant mieux que ces vastes opérations amèneront fatalement des désillusions en ne préservant pas plus sûrement de la récidive, — au contraire : l'infection ganglionnaire est déjà à redouter dans le cancer limité à l'utérus; elle sera presque constante quand le néoplasme aura envahi les organes voisins, tous fort riches en vaisseaux lymphatiques.

Je conclus en disant que *l'invasion de la vessie et du rectum est une contre-indication formelle à l'intervention.*

Quelques mots à présent de l'examen local :

On devra mettre en jeu tous les moyens indiqués dans les traités de gynécologie : le toucher vaginal, l'examen au speculum, le palper abdominal et le toucher rectal. Chez certaines femmes on pourrait, s'il était nécessaire, pratiquer le toucher vésical, à condition d'anesthésier la malade et d'être doué d'un doigt effilé.

Schrœder indique un mode d'examen que je crois excellent et capable de donner les renseignements les plus précis : il anesthésie la malade et la fait coucher sur le dos, puis il abaisse l'utérus avec des pinces et il introduit deux doigts dans le rectum. De l'autre main, il pratique le toucher vaginal. De cette façon il fait passer tous les organes du petit bassin entre ses doigts, et il peut les examiner un à un.

Ce n'est pas le lieu de décrire l'anatomie pathologique du cancer utérin. Quelques mots sont nécessaires cependant : Valdeyer, Ruge et Veit ont donné quelques indications nouvelles que nous

croyons intéressantes. Ces deux derniers auteurs étudient séparément le cancer du corps et le cancer du col.

Ils distinguent deux formes : la forme diffuse à aspect de petites verrues et de villosités, — la forme circonscrite à forme de polype inséré par une base large sur une muqueuse saine. La tunique musculaire reste fort longtemps intacte ; elle s'hypertrophie, mais il est fort rare qu'elle présente des noyaux cancéreux. Ils décrivent ensuite le cancer du col, qu'ils divisent en cancer de la portion vaginale et cancer du canal cervical.

Le cancer de la portion vaginale respecte, en général, l'orifice externe et tend toujours à envahir le vagin. Il présente trois formes histologiques, suivant que la lésion est constituée par des glandes de nouvelle formation, par une hyperplasie des glandes normales ou par une modification du tissu conjonctif. Ces cancers d'origine connective correspondent à la variété clinique des choux-fleurs.

Le cancer du canal cervical est tantôt profond, tantôt superficiel. Profond, la muqueuse reste parfaitement intacte au début, un noyau se développe en se dirigeant en haut et en dehors. Plus tard, la muqueuse cervicale s'ulcère ; il se forme une cavité par fonte putride et l'ulcération dissèque le tissu utérin. Superficiel, il prend naissance dans le tissu glandulaire du canal. La dégénérescence putride et l'envahisssement du stroma sont rapides.

Les auteurs distinguent deux formes histologiques :

A. La forme connective, dans laquelle les glandes de la muqueuse qui recouvre les points lésés restent saines ou sont simplement atrophiées.

B. La forme glandulaire : tantôt les glandes du canal se développent considérablement en envoyant des prolongements ; tantôt l'épithélium se multiplie d'une façon énorme et forme des nodosités cancéreuses. — Enfin, dans d'autres cas, le revêtement d'épithélium cylindrique du canal cervical se transforme en couches épidermoïdales multiples. Cette variété rappelle les formes du cancer cutané.

Waldeyer rapporte toutes les formes de cancer au vrai épithélioma. Tous les cancers, d'après lui, sont des tumeurs épithéliales, se développant sans exception aux dépens des épithéliums existant déjà ou aux dépens des restes de la membrane blastodermique épithéliale. Les sarcomes sont composés uniquement de tissu connectif. — Les cellules épithéliales glandulaires s'étendent et pénètrent dans les tissus profonds, repoussant les fibres du tissu connectif pour s'en faire des cavités ou alvéoles entourées d'une plus ou moins grande épaisseur de stroma dense.

La prépondérance de l'un ou l'autre de ces éléments donnera naissance aux diverses formes de cancer : que les nids épithéliaux se trouvent en plus grande quantité, on aura le cancer mou ou encéphaloïde ; que le stroma conjonctif prédomine au contraire, le cancer sera dur, on aura un squirre.

Au point de vue clinique, il divise le cancer en carcinome à marche lente (squirre), carcinome à marche rapide (encéphaloïde) et papillome ou épithéliome.

On doit, si l'on veut intervenir à temps, mettre le plus grand soin à saisir les premiers signes du cancer : ils sont très peu caractéristiques et se confondent avec les symptômes d'une foule d'autres lésions utérines. Une simple métrite sera quelquefois beaucoup plus douloureuse qu'un cancer. Aussi les médecins devraient surmonter la répugnance des malades, et prendre eux-mêmes l'habitude de pratiquer beaucoup plus fréquemment qu'ils ne le font le toucher vaginal et l'examen au speculum. Combien voit-on de femmes atteintes de cancer confirmé traitées pendant plus ou moins de temps sans qu'un examen sérieux ait été jamais pratiqué ! Cette indifférence provient, sans doute, du découragement que donne le sentiment de l'impuissance à guérir. — Je me permets cette critique, parce que je la trouve déjà formulée dans l'article de Wallace. Il parle de l'amputation du col : « Bien que l'amputation du col soit classique aujourd'hui, « on a à lui reprocher bien des morts. Nous retrouvons ces « résultats malheureux à tous les moments de l'histoire de cette « opération, depuis Osiander, Huguier, Lisfranc, Dupuytren,

« Simpson jusqu'à nos jours. A quoi les attribuer, si ce n'est à ce « que les chirurgiens n'ont pas vu le mal dès son début. — Les « médecins ne sauraient être trop persuadés de l'importance de « ce fait. Ils doivent, sans avoir beaucoup l'espoir de réussir, « faire l'éducation du public, et habituer les malades à venir les « consulter dès le début de leurs souffrances.

« Les statistiques suivantes prouvent l'importance de ce qui « précède :

« De janvier 1879 à juin 1883, en quatre ans et demi, j'ai été « consulté par soixante et onze malades atteintes de cancer, à la « salle Thornton (Thornton ward). Vingt-six malades sur le « nombre furent admises avec l'espoir que le traitement chirur- « gical amènerait du soulagement, sinon la guérison.

« Sur ces vingt-six malades, six seulement parurent devoir être « opérées, bien que leurs lésions fussent fort avancées; sur ce « nombre deux moururent, quatre survécurent (trois furent « guéries, la quatrième eut de l'amélioration). L'une des malades « guéries, que j'ai revue un an après, avait une récidive dans « l'extrémité droite de la cicatrice. »

Dans sa pratique particulière, l'auteur a obtenu un plus grand nombre de succès uniquement parce que les malades étaient vues dès le début de la maladie.

On a donné, pour établir le diagnostic, un grand nombre de signes, les uns rationnels, les autres physiques. La plupart ne sont point pathognomoniques, et il ne faudrait point porter de diagnostic trop prématurément d'après l'existence de quelques-uns d'entre eux.

La métrite, les polypes donnent lieu à des symptômes analogues, et, pour arriver à la certitude avant que la lésion devienne incurable, on devra recourir à l'examen microscopique, ou, ce qui vaut mieux encore, au diagnostic par le traitement.

Le début du cancer est insidieux, ce qui explique pourquoi les femmes attendent souvent fort longtemps pour se décider à consulter un médecin : un léger amaigrissement survient, la femme pâlit un peu, des pertes blanches se montrent, quelques douleurs

se déclarent dans le bas-ventre, enfin il y a quelquefois des écoulements sanguins peu considérables. Quelle est la femme qui n'a pas eu quelques-uns de ces symptômes? Rien d'effrayant du reste, rien de bien anormal; seul un médecin pourra penser à une lésion utérine persistante : la réunion de ces symptômes, bien plus que la gravité de chacun d'eux, indique l'existence de quelque chose de plus que de simples troubles physiologiques.

Si la malade est arrivée à l'âge de la ménopause, l'irrégularité dans les règles ne l'étonnera pas, et elle considèrera leur retour comme un regain de jeunesse. Il faut se défier beaucoup de ces retours insolites des règles; ils sont presque toujours symptomatiques d'un cancer ou de quelque autre lésion susceptible d'être traitée (polype muqueux, métrite).

Les métrorragies, la leucorrhée ne se montreront que dans les cancers de la muqueuse. Les formes débutant dans la couche musculaire ne provoqueront pas ces symptômes. L'examen direct montrera un peu d'hypertrophie du col; les lèvres seront gonflées, dures au toucher; on sentira des noyaux indurés recouverts par du parenchyme sain, ou bien, si le début a lieu par la muqueuse du canal cervical, l'orifice du col sera entr'ouvert, ulcéré, pas toujours induré. Enfin, l'ulcération pourra siéger sur la muqueuse de la surface vaginale. Dans le cancer sous-muqueux, la muqueuse toujours saine est adhérente, immobile; elle présente une vascularisation considérable. Quand les noyaux indurés forment des bosselures saillantes, elles sont, en général, d'un rouge sombre, reposant sur une base violacée. Spiegelberg donne cette immobilité de la muqueuse et la dilatabilité du col comme de bons signes diagnostiques différentiels de la métrite.

L'aspect de l'ulcération au début est peu typique. Les granulations ou les ulcérations de bonne nature seront souvent plus roses, d'aspect plus franc, alors que l'ulcération cancéreuse est plutôt livide, violacée, reposant sur un fond blanchâtre; elle est plus profondément creusée, avec des bords irréguliers et durs. L'ulcération cancéreuse limitée rappelle un peu le chancre induré. Quand elle prend de l'extension, le diagnostic devient beaucoup

plus facile ; cette vaste ulcération anfractueuse, dont les bords durs forment une saillie irrégulière, couverte de détritus grisâtres, sécrétant un liquide ichoreux, ne tromperont pas un œil exercé.

Après un temps plus ou moins long, variant avec la nature de la tumeur et son point de départ, le col sera tout entier envahi par l'infiltration cancéreuse. Le col est gros, dur, mamelonné, entr'ouvert, avec des ulcérations plus ou moins saillantes et laissant écouler un liquide puriforme. A cette période, et en l'absence d'ulcérations profondes, le diagnostic est encore fort difficile, car la ressemblance avec la métrite est frappante. Les douleurs de la métrite peuvent être très violentes, les hémorragies fréquentes et abondantes ; la malade peut simuler un commencement de cachexie. Si à la métrite du col vient se joindre la métrite du corps l'embarras sera beaucoup plus grand. Gallard prétend que dans un cas douteux où il hésite à se prononcer, il est à peu près sûr de n'avoir point affaire à un cancer ; il a raison. Mais on ne peut asseoir un diagnostic sur une base aussi peu solide. Dans ces cas, je crois que la conduite la plus sage est d'instituer un traitement énergique de la métrite, de façon à ne point laisser au mal le temps de s'étendre au point de devenir inopérable, s'il s'agissait d'un cancer. Je pense que si, après vingt à trente jours au plus de cautérisations au fer rouge, de raclages intra-utérins dans les cas de lésions de la muqueuse du corps, on n'obtient pas une amélioration sensible, on devra poser le diagnostic cancer et extirper l'utérus au plus vite.

Quand le corps seul sera malade, on n'aura souvent pour se guider que l'augmentation de volume de l'utérus, l'écoulement ichoreux, les hémorragies et la douleur.

Si nous prenons chacun de ces signes en particulier, nous n'en trouverons aucun qui puisse se rapporter exclusivement au cancer. — La simple leucorrhée peut présenter une odeur fétide. On ne la confondra pas cependant avec l'écoulement cancéreux qui est rarement blanc ; il présente le plus souvent une couleur roussâtre plus ou moins marquée ; il est presque toujours mélangé de

sang. Mais ne voyons-nous pas des écoulements fétides dans les cas de polype muqueux, de fibromes, surtout lorsqu'ils se sphacèlent? Les hémorragies, très fréquentes dans ces cas, rendront la confusion facile.

On pourra tirer de précieux renseignements du cathétérisme de la cavité utérine et du raclage, que l'on pourra faire précéder d'une dilatation méthodique du col. Il pourra arriver que l'on découvrira, très bénigne, la cause de troubles redoutables : un simple petit polype muqueux, gros comme un pois ou un haricot, peut être cause d'hémorragies répétées, de douleurs expulsives, de leucorrhée abondante, comme j'en ai vu un cas opéré par M. Demons à l'hôpital Saint-André. — Un simple raclage avec la curette de Récamier amena une guérison rapide.

Ce raclage de la muqueuse pourra fournir des détritus qui, examinés au microscope, aideront quelquefois à poser un diagnostic. L'examen microscopique ne me paraît pas devoir être d'un très grand secours, sauf dans les cas de tumeurs saillantes, dont on pourra enlever un morceau. En général, les produits du raclage sont fort peu volumineux ; pris sur la surface des parties malades, baignée dans les sécrétions de la tumeur, les éléments anatomiqnes seront toujours plus ou moins altérés. Remarquons en même temps que la cellule cancéreuse n'existe pas : une cellule épithéliale ou de tissu conjonctif quelconque, altérée dans sa forme, ressemblera parfaitement à la cellule cancéreuse. Le caractère d'une tumeur se tire de la disposition de ses éléments : un sarcome et un carcinome à cellules embryonnaires se distinguent par leur stroma.

Le cancer du corps restera beaucoup plus longtemps invisible ; on n'aura que les signes tirés de l'état général et les signes rationnels : douleur, hémorragie, leucorrhée ichoreuse, et une augmentation de volume du corps de l'utérus. Souvent on trouvera le fond de l'utérus bosselé de noyaux durs, comme dans les types de cancer du col que nous avons déjà signalés. Le diagnostic sera plus long à établir, mais on aura à son avantage ce fait que le cancer du corps mettra, en général, plus de temps à envahir les

parties voisines que celui du col, et donnera ainsi plus de temps pour établir le diagnostic.

Nous avons étudié le cancer au début de sa marche, en séparant artificiellement la période tout à fait initiale de celle où les signes deviennent plus certains. Voyons maintenant ce qui se passe à la période confirmée de la maladie ; c'est alors que nous devons étudier les contre-indications à l'opération. Le cancer, au point de vue purement clinique, se présente sous deux formes : ulcérative et hypertrophique. La forme hypertrophique donne lieu à ces choux-fleurs plus ou moins volumineux, saignants, implantés sur différents points de la muqueuse, dont l'extirpation peut être facilement faite. Elle arrive toujours à l'infiltration du tissu utérin et à l'infection. La forme ulcérative provoque des délabrements beaucoup plus rapides ; elle existe surtout dans la variété encéphaloïde et dans l'épithélioma ; toutes les parties envahies s'ulcèrent, de sorte que la cloison utéro-vésicale, vésico-vaginale, recto-vaginale, se détruisent. Dans le squirre, l'ulcération est beaucoup plus lente à se montrer, et la mort par généralisation arrive souvent avant qu'elle se produise.

L'amaigrissement fait des progrès rapides à cette période ; le manque de sommeil, les douleurs perpétuelles, les hémorragies, finissent par donner à la malade un aspect cachectique assez semblable à la véritable cachexie cancéreuse avec sa couleur jaune-paille. La cachexie cancéreuse véritable est une contre-indication formelle à toute opération, tandis que la simple anémie peut permettre d'intervenir. Si l'état local est bon, comment les distinguer ? — La teinte jaune-paille est beaucoup plus foncée, simulant presque l'ictère, tandis que l'anémie donne une teinte cireuse transparente avec une nuance grisâtre. Les conjonctives oculaires sont légèrement jaunâtres dans le cancer généralisé, ce que l'on ne trouve pas dans l'anémie.

Le meilleur diagnostic sera posé d'après l'examen local. L'œdème localisé à un seul des membres inférieurs est un excellent signe, mais il n'est pas constant, et ne se montre que

longtemps après le passage du cancer au-delà de l'utérus : il indique que les ganglions sacrés sont pris.

Laissant de côté le choix de tel ou tel autre procédé d'extirpation totale (nous ne pourrons nous en occuper que lorsque nous connaîtrons le manuel opératoire), nous pouvons nous demander à présent s'il y a véritablement indication d'enlever toujours tout l'utérus, quelle que soit l'étendue de la lésion. Faut-il condamner les amputations partielles? Il faut examiner si, par ce dernier moyen, on peut arriver aux mêmes résultats que par l'hystérectomie, dans les cas de cancer limité du col ou du corps.

Pour les cancers du corps, on a conseillé l'amputation du fond de l'utérus par la laparotomie; je repousse absolument cette manière de faire. On ne pourra jamais se rendre compte d'une façon certaine de l'étendue du corps qui est atteinte; on s'exposera, par conséquent, à avoir à enlever l'utérus presque entier, et, comme il n'y a pas grand avantage à laisser le col, l'opération revient à une extirpation totale. Du reste, on ne reconnaîtra presque jamais la présence d'un cancer du corps dès le début; les signes ne deviendront nets que lorsque la lésion sera déjà très avancée et aura atteint le col.

Le cancer du col pourra être justiciable de l'amputation partielle dans quelques cas très restreints.

Quand le cancer reste nettement limité à la muqueuse, quand le parenchyme paraît sain, quand on a une simple ulcération de l'orifice du museau de tanche, on pourra pratiquer une cautérisation énergique ou une amputation du col. — Mais si l'ulcération siégeant sur la muqueuse de la portion vaginale se rapproche du vagin ou l'a atteint même légèrement, si elle tend à remonter dans le canal cervical, je déconseille les demi-mesures : qu'on enlève tout l'utérus, si on veut avoir une chance de longue survie, sinon de guérison. — Comme, en règle générale, on doit s'attendre à une récidive, il faut considérer que l'amputation du col rendra l'extirpation totale par le vagin fort difficile, peut-être impossible, car il est indispensable de pouvoir donner aux pinces

destinées à abaisser l'utérus un point d'appui solide, que l'on prend habituellement sur la partie supérieure des lèvres du col. Enfin ne perdons pas de vue que, la plupart du temps, on voit les malades à une période assez avancée de la maladie, et que la limite du corps et du col, respectée au début de l'invasion, finit par disparaître. J'ai retrouvé sur plusieurs pièces anatomiques une disposition signalée dans plusieurs auteurs et qui existait chez l'opérée de Récamier. Si l'on avait pratiqué des extirpations partielles pour des cas semblables, on aurait fatalement laissé des parties malades, à moins de creuser complètement l'utérus. La muqueuse, en effet, se trouve prise dans toute son étendue, sans lésions très apparentes du parenchyme, ou bien le néoplasme, après avoir envahi le col, s'étend assez haut dans le tissu du corps, mais en restant enveloppé par une couche plus ou moins épaisse de tissu sain.

Cruveilhier nous donne l'examen d'un utérus enlevé par Récamier, et qui est un type de la variété dont nous parlons (1). Fenger (2) nous donne le dessin d'un utérus enlevé par lui, et dans lequel les quatre cinquièmes de l'organe sont atteints; le corps et une partie du col sont cependant recouverts d'une coque de tissu inaltéré. Le volume et la consistance de l'utérus, restés sensiblement normaux, auraient pu induire le chirurgien en erreur.

Un fait qui me fait préférer l'extirpation totale à l'exclusion de toute autre opération est tiré de la structure même de l'organe et de la marche du cancer à travers les fibres musculaires utérines : nous trouvons la même disposition que dans la langue, et des portions de tissu, en apparence sain, contiennent de longs boyaux de cellules du néoplasme, qui s'étendent parfois fort loin.

Je conclurai donc en disant : L'extirpation totale de l'utérus

(1) Voyez *Anat. path.*, t. II, XXXIXe livraison.
(2) *American Journal*, january 1882.

est la règle; l'extirpation partielle ne doit être réservée que pour des cas extrêmement rares, où la lésion, très peu étendue, est nettement limitée. — On doit lui préférer les cautérisations au fer rouge ou à la pâte de Canquoin. Quand ces derniers moyens ne seront pas suffisants, on devra avoir directement recours à l'extirpation totale.

Nous avons déjà indiqué l'avantage du thermo-cautère comme moyen de diagnostic.

Les indications et les contre-indications générales de l'extirpation totale peuvent se résumer ainsi :

1° Tout utérus atteint de cancer doit être enlevé en totalité, lorsqu'il est seul atteint;

2° Les adhérences mettent obstacle à l'opération, lorsqu'elles empêchent l'abaissement de l'utérus; on pourra cependant opérer si les adhérences, de nature non maligne, permettent d'abaisser l'utérus immédiatement en arrière de l'anneau vulvaire, condition indispensable pour mener l'opération à bien, sans danger (Voir le manuel opératoire);

3° L'amputation partielle devra être laissée presque entièrement de côté; les cautérisations pourront être employées tout à fait au début, tout en ayant soin de se ménager la possibilité de pratiquer plus tard l'extirpation totale;

4° L'invasion de la vessie et du rectum contre-indiquent absolument l'intervention. Des points d'invasion dans le ligament large permettront d'opérer, à condition qu'ils soient tout à fait voisins de l'utérus — Dans ces cas, le succès de l'opération sera moins certain. — La présence des ganglions indurés dans le voisinage de l'utérus et dans les régions lombaire et sacrée contre-indiquent d'opérer.

Le vagin, par sa situation plus voisine du champ opératoire, par son peu d'adhérence avec les organes voisins, peut être enlevé en partie, lorsqu'il est atteint seulement dans les culs-de-sac. Si l'on constate sa mobilité parfaite dans ses rapports avec la vessie et

le rectum, on pourra un peu étendre les limites de l'opération de ce côté.

On devra restreindre beaucoup les cas opérables et choisir ceux où l'utérus seul est pris. En dépassant les limites indiquées, on s'expose à des récidives rapides, et on risque de compromettre l'avenir de l'opération.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'anatomie de l'utérus est trop bien connue pour qu'il soit utile de répéter ici ce que nous trouvons décrit dans les classiques. Cependant, quelques détails ayant rapport à l'hystérectomie, et laissés un peu de côté dans les ouvrages d'anatomie, seront peut-être intéressants. Les rapports de l'uretère et de l'artère utérine méritent, par exemple, une description complète.

Moyens de fixité de l'utérus. — Il est très important de se rendre un compte exact du mode de suspension de l'utérus et de ses adhérences normales avec les parties avoisinantes, car elles donnent lieu à un des temps les plus importants de l'opération.

Le toucher vaginal permet de constater que le col utérin est mobile en sens inverse du corps. Pour faire cette expérience, il faut appuyer la main gauche sur l'abdomen et imprimer des mouvements au fond de l'utérus; l'index de la main droite sentira le museau de tanche fuir en sens inverse de la direction du fond de l'utérus. Ceci, joint à la parfaite mobilité des deux extrémités de l'organe, permet de conclure *a priori* que l'utérus est maintenu en un point plus rapproché du col que du fond (un mouvement étendu du fond ne provoque qu'un faible déplacement du col) par une ceinture solide, qui le maintient à une hauteur déterminée.

Le corps n'est pas absolument mobile, les ligaments larges le maintiennent lâchement, ils évitent son basculement latéral ; le feuillet antérieur évite la chute de l'utérus en arrière, le feuillet postérieur empêche la chute en avant.

Les ligaments larges sont constitués par un repli du péritoine, et entre leurs feuillets se trouvent des fibres musculaires lisses, qui, en certains points, forment des faisceaux épais, les ligaments utérins; ainsi sont constitués les ligaments ronds, utéro-sacrés, recto-utérins, ronds supérieurs ou lombaires de Rouget. Le ligament rond, le plus important de tous par le volume, provient de fibres qui se détachent de toute la face antérieure de l'utérus. Elles se ramassent en un faisceau épais, aplati, large de 6 à 7 millimètres. Ce ligament se dirige en bas, en dehors et en avant, suit le canal inguinal dans toute sa longueur et vient disséminer ses fibres dans le tissu cellulaire de la grande lèvre et du mont de Vénus.

Le ligament rond supérieur provient des fibres de la trompe, de l'ovaire et de l'angle de l'utérus; il accompagne les vaisseaux ovariques et n'a aucune action sur l'utérus.

Le col est beaucoup mieux soutenu par les plis de Douglas et les adhérences de l'utérus à la vessie.

Les ligaments postérieurs naissent sur les côtés de la face postérieure de l'utérus, à l'union du corps et du col et sur l'insertion du vagin à l'utérus. Les fibres qui les composent vont s'insérer sur la troisième vertèbre sacrée, remontant quelquefois jusqu'au niveau de la dernière vertèbre lombaire, immédiatement à côté de la symphyse sacro-iliaque (ligaments utéro-lombaires de Huguier) ; ils constituent le plus solide soutien de l'utérus, tout en lui laissant une grande mobilité.

Les adhérences de l'utérus à la vessie sont très importantes. Elles empêchent l'utérus de se porter en arrière. L'ampliation de la vessie ne change pas la position du col utérin. On sait que l'augmentation de volume de la vessie se fait surtout par le fond, d'où il résulte que l'utérus, au lieu d'être refoulé en arrière, bascule autour d'un axe transversal passant par son col; le fond

de l'utérus décrit ainsi un quart ou presque un demi-cercle. Courty considère que l'utérus est pris au niveau de son col par deux demi-anneaux; il ne peut, dit-il, s'abaisser sans relâchement de son demi-anneau postérieur (ligaments de Douglas). Son élèvement ne peut se produire sans relâchement de son demi-anneau antérieur.

A égalité de surface, l'adhérence de l'utérus à la vessie serait moins forte que celle du ligament postérieur : nous venons de voir qu'il est constitué par des fibres musculaires issues de la couche musculaire superficielle de l'utérus, tandis que l'utérus n'adhère à la vessie que par du tissu cellulaire peu serré. La grande étendue des surfaces en contact constitue cependant une union solide. Le bistouri et les ciseaux seront nécessaires pour détacher l'utérus en arrière ; le doigt ou le manche du scalpel suffiront pour le séparer de la vessie, et l'instrument tranchant ne servira que pour ouvrir le cul-de-sac vaginal et péritonéal. On comprend, du reste, le danger du bistouri, qui risque à chaque coup d'ouvrir la mince paroi de la vessie.

Les adhérences antérieures de l'utérus étant rompues, et les ligaments larges liés et coupés, rien n'empêchera de faire basculer l'utérus en avant autour de l'insertion des ligaments postérieurs. La section des ligaments larges n'est même pas indispensable ; il est alors facile de séparer l'utérus du ligament postérieur.

Pour faire basculer l'utérus en arrière, il faudra nécessairement l'isoler en arrière et en avant pour ménager la vessie ; de plus, le mouvement de rotation à imprimer sera beaucoup plus étendu, et partant plus difficile, pour peu qu'il y ait des adhérences anormales. Il est bon de se rendre un compte exact de toutes ces dispositions sur le cadavre, car c'est d'elles que se tire le manuel opératoire de l'hystérectomie. — Voici comment j'ai disposé l'expérience pour étudier en même temps l'action des ligaments postérieurs, les rapports de l'artère utérine et de l'uretère : J'avais à ma disposition le cadavre d'une jeune femme de vingt-cinq ans, morte d'une maladie aiguë, et n'ayant pas eu de grossesse. Le sujet était en parfait état de conservation ; au toucher

l'utérus était mobile, et en le saisissant avec une pince de Museux on l'abaissait sans aucun effort jusqu'à moitié vagin ; une traction un peu plus forte l'amenait immédiatement en arrière de l'anneau vulvaire. Cette laxité des ligaments pouvait s'expliquer par la profession de cette femme, qui était fille publique. En pratiquant des tractions méthodiques pendant quelques minutes, j'aurais fait apparaître le museau de tanche à l'orifice du vagin. Je ne le fis pas pour ménager l'injection artérielle qui avait été faite au préalable. J'ouvris l'abdomen, et je pratiquai une section du pubis immédiatement en dedans des vaisseaux cruraux et à la jonction du pubis et de l'ischion. La partie comprise entre les traits de scie fut rabattue après en avoir détaché la vessie; les intestins furent soulevés avec une érigne. Le cul-de-sac postérieur avait 8 centimètres, l'antérieur 2,5 cent. Je pratiquai alors des tractions sur le col avec une pince de Museux; je pus me rendre compte que, seuls, les ligaments postérieurs se tendaient et résistaient à l'effort de ma pince. Il me fut très facile de séparer la vessie de l'utérus en pratiquant des tractions aidées de l'ongle et du manche du scalpel.

La hauteur de cette cloison était d'un peu moins de 3 centimètres (1).

Nous reprendrons à cette préparation un peu plus tard, en étudiant l'artère utérine.

Bastien et Legendre ont étudié le mode d'abaissement de l'utérus sous l'action de poids plus ou moins lourds. (*Bull. Soc. chir.*, t. II, 1859.) Ils accrochèrent à l'utérus un poids de 15 kilog., qu'ils laissèrent agir vingt-quatre heures. Ce poids était nécessaire pour faire saillir l'utérus à la vulve. Ils ont observé : 1° l'effacement complet et constant de la paroi antérieure du vagin et du cul-de-sac antérieur; 2° une cystocèle habituelle plus ou

(1) J'ai répété cette expérience sur plusieurs cadavres, et j'ai toujours obtenu le même résultat, à peu de différence près. J'ai eu le bonheur de trouver un sujet atteint autrefois d'un phlegmon du ligament large avec adhérences qui m'a servi à la description des adhérences. (Voyez page 11.)

moins complète ; 3° rien de notable du côté du rectum ; 4° une dépression de 4 à 5 centimètres du cul-de-sac vésico-vaginal, et de 6 centimètres du cul-de-sac recto-vaginal ; 5° un tiraillement considérable des ligaments utéro-sacrés et des nerfs du plexus hypogastrique, et un allongement marqué des trois ailerons ; 6° un allongement à peine appréciable des ligaments ronds.

Richet reprit ces expériences en 1856, et il fit à leurs auteurs le reproche parfaitement fondé de ne point s'être mis dans des conditions chirurgicales. Dans toutes les hystérectomies que j'ai vu faire, on n'a jamais employé une aussi grande force ; il est vrai que l'opération est très praticable, bien que l'utérus ne dépasse pas le vagin. Or, dans la plupart des cas, on atteindra cet abaissement nécessaire, sans dépasser la limite d'élasticité des ligaments postérieurs, limite au-delà de laquelle il se produit des déchirements et des tiraillements violents.

J'aurais bien voulu mesurer l'abaissement produit par un poids moyen de 4 à 6 kilog. ; les résultats que j'ai obtenus à l'aide de tractions manuelles me portent à croire que ce poids produirait l'abaissement voulu sans déchirements, et assez rapidement.

Je m'explique la rapidité avec laquelle on obtient l'abaissement de l'utérus pendant l'opération par les tractions pratiquées, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, rappelant, en les exagérant, les oscillations que l'on imprime au forceps : ces tractions vaincront la résistance en détail, au lieu d'agir sur toute l'étendue des ligaments en même temps. — En résumé, le tiraillement des plexus nerveux ne me paraît pas à redouter, si on se borne à l'abaissement strictement nécessaire.

Artères utérines. — Uretère. — Il importe de bien connaître le système vasculaire de l'utérus. L'hémorragie est particulièrement redoutable dans notre opération : si l'on a fait la suture du fond du vagin, le sang s'écoulera dans la cavité péritonéale ; lorsque la plaie est sans suture, le sang aurait quelque chance de s'écouler en dehors, si la malade était dans une position fortement

inclinée; dans la position horizontale, les liquides tendront à tomber dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Une ligature pour une hémorragie consécutive à l'opération présenterait les plus grandes difficultés, étant donnée la hauteur à laquelle se retire la surface de section des ligaments larges.

L'utérus reçoit du sang de deux vaisseaux : les artères utérine et utéro-ovarienne. L'artère utéro-ovarienne est très peu considérable, et fournit à peine un cinquième du sang qui arrive à l'utérus. L'artère utéro-ovarienne se dirige en bas et en dedans, dans le petit bassin, vers l'ovaire, dont elle longe le bord supérieur en émettant des ramuscules destinés à cette glande et à la trompe. Elle continue alors son trajet, arrive à l'angle de l'utérus et se divise en branches nombreuses, anastomosées avec l'artère utérine venues de l'hypogastrique (Beaunis et Bouchard). Elle arrive très divisée à l'utérus, de sorte que sa ligature ne sera pas difficile et n'exposera pas aux hémorragies.

L'artère utérine est beaucoup plus importante : son volume, à l'état de vacuité de l'utérus, égale presque celui de la radiale ; une hémorragie provenant d'elle pourrait donc amener la mort. Elle naît de l'iliaque interne, soit directement, soit par un tronc commun avec la honteuse interne ou la vaginale. Elle pénètre alors dans le ligament large, et se dirige, en décrivant de nombreuses flexuosités, vers le col de l'utérus, qu'elle remonte en le suivant de près, donnant à l'utérus de nombreuses branches très grêles ; elle vient enfin s'anastomoser avec la terminaison de l'artère utéro-ovarienne. Elle donne, au niveau de la jonction du corps avec le col, une branche circulaire assez volumineuse. L'artère utérine, ainsi que toutes ses branches, présentent à l'état normal une direction flexueuse qui augmente d'une façon remarquable pendant la grossesse. Elle décrit, de son point d'origine à sa terminaison, une arcade à convexité inférieure qui vient très près du cul-de-sac du vagin. On la sent battre quelquefois en pratiquant le toucher vaginal, et, quand elle est bien injectée, le doigt la perçoit très bien à travers la paroi du vagin. — Dans tout son trajet ascendant elle reste à une certaine distance de

l'utérus. Au niveau de la branche circulaire du col elle en est distante d'un centimètre environ. Elle se rapproche progressivement de l'utérus, mais elle en est toujours séparée par une mince couche de tissu cellulaire, qui permet de l'en isoler. Cette disposition explique pourquoi l'utérus peut être enlevé sans que l'on ait d'hémorragie considérable, bien que l'on n'ait pas posé de ligature (opérations de Blundell, de Sauter, etc.).

Voyons, enfin, quels sont ses rapports avec l'*uretère*. Quelques chirurgiens ont regardé sa blessure comme devant arriver assez fréquemment. Il n'en est rien, pour l'extirpation de l'utérus par le vagin, du moins, car elle me paraît beaucoup plus à craindre lorsqu'on opère par la voie abdominale. Si l'on suivait toujours la même méthode opératoire, qui consiste à isoler l'utérus en le rasant avec soin et à lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les sectionne, je n'insisterais pas sur les rapports de l'uretère, car le danger serait nul; mais Cushing lie l'artère utérine, avant de pratiquer la moindre incision, avec un instrument particulier que nous étudierons plus loin. La connaissance des rapports précis de l'uretère, trop vaguement indiqués dans les auteurs, devient dès lors indispensable.

Sappey nous dit : « Chez la femme, le portion pelvienne de l'uretère est logée dans l'épaisseur des ligaments larges, dont elle occupe tour à tour le bord externe, le bord inférieur et la partie la plus déclive du bord interne. Par sa concavité, elle se trouve successivement en rapport avec le péritoine, le ligament rond et le bas-fond de la vessie. Par sa convexité, après avoir passé sur les vaisseaux obturateurs et le cordon de l'artère ombilicale, elle s'applique aux parties latérales du col de l'utérus dont elle croise la direction à angle aigu, lui devient antérieure, répond alors à la face inférieure de la vessie, pénètre dans ses parois, et vient s'ouvrir dans sa cavité, à 10 ou 15^{mm} en avant de l'extrémité libre du col. »

Cette description laisse croire que le rapport de l'uretère avec l'utérus est immédiat, ce qui est inexact. Cushnig dit, comme chacun pourra le constater, que l'uretère arrive dans le tissu cel-

lulaire du ligament large à 3/4 de pouce du col utérin, où il chemine avec l'artère utérine immédiatement en arrière de celle-ci. Il se recourbe alors en avant, abandonnant l'artère, et gagne la vessie dans laquelle il s'enfonce obliquement. Les deux uretères sont distants de 3 centimètres à 3 cent. 1/2 environ. — Dans la dernière partie de son trajet, l'uretère passe entre la vessie et le vagin, se terminant à un pouce environ en avant et au-dessous du col.

Cette disposition pourra être très bien étudiée sur la préparation indiquée à la page 29. Il faudra enlever le feuillet antérieur du ligament large et isoler l'artère utérine, ainsi que l'uretère. On passera une fine bougie urétrale dans l'uretère ; on séparera la vessie de l'utérus, et l'on pratiquera une fenêtre sur le vagin, au niveau du museau de tanche, qui servira de point de repère. Toutes les parties étant remises en place, on pratiquera le toucher vaginal pour se rendre compte de la situation de l'uretère, rendu sensible au doigt par la bougie introduite dans son calibre, par rapport à l'artère utérine. — Rabattant ensuite la vessie, on pratiquera des tractions sur le col utérin avec une érigne ou une pince de Museux introduite dans le vagin. Pendant cette manœuvre, on pourra constater que l'artère utérine ne change guère ses rapports, et reste aussi voisine du cul-de-sac vaginal que dans la situation normale de l'utérus ; ses flexuosités expliquent ce phénomène : la courbe décrite par l'artère devient régulière, de sinueuse qu'elle était. Quant à l'uretère, il se tend légèrement, car la vessie suit exactement les mouvements de l'utérus. En somme, dans l'abaissement de l'utérus, les rapports de tous les organes restent à peu près les mêmes. (Voyez la planche.)

Vaisseaux lymphatiques. — 1° *Muqueuse.* — La région profonde de la muqueuse est garnie de vaisseaux assez volumineux, en communication directe avec de nombreuses lacunes lymphatiques constituées par les espaces compris entre les faisceaux du tissu conjonctif. Ces lacunes lymphatiques deviennnent de plus en plus fines et délicates, à mesure que l'on se rapproche de

la surface de la muqueuse. Il n'y a pas de séparation entre le système lymphatique des muqueuses du corps et du col.

2° *Musculeuse.* — Les lymphatiques du col se réunissent en vaisseaux plus ou moins gros, au niveau de l'union du corps et du col. Ils rencontrent les vaisseaux sanguins, et ils se jettent là, presque aussitôt dans plusieurs petits ganglions qui ne paraissent pas constants. Décrits par Lucas-Championnière, ils n'ont point été retrouvés par Fioupe. Plus loin, sur le trajet des vaisseaux, on trouve, dans le ligament large, des ganglions qui sont constants. Les vaisseaux du col vont toujours former des plexus de dimensions variables, immédiatement au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral. Dans ces plexus se trouvent quelquefois deux ou trois ganglions.

Les lymphatiques du corps suivent une marche moins régulière. Ils n'accompagnent pas les vaisseaux sanguins comme ceux du col. Quand ils ont atteint la surface de l'utérus, ils se dirigent vers les angles. Arrivés là, ils se perdent dans le ligament large en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, et surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. (Lucas-Championnière.)

Les vaisseaux du col suivent les artères utérines, et vont se jeter dans les ganglions pelviens et sacrés. Les lymphatiques du corps suivent les vaisseaux utéro-ovariens dans leur trajet ascendant, pour se jeter dans les ganglions lombaires moyens et supérieurs.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Quand une idée chirurgicale naît, chacun de ceux qui s'en emparent l'étudie à son point de vue, cherche à la perfectionner, à la rendre plus pratique, de sorte qu'au bout d'un temps assez court il existe un très grand nombre de méthodes, qui rendent assez difficile le choix d'un procédé lorsqu'on veut opérer soi-même. Il serait désavantageux de suivre le procédé d'un seul chirurgien sans connaître les travaux de tous les autres : on s'exposerait à perdre des avantages précieux et à chercher ce qui est déjà connu. Un travail de synthèse devient bientôt nécessaire pour réunir en un faisceau les éléments épars à l'aide desquels on arrive à établir des règles précises.

Nous sommes encore trop inexpérimentés pour pouvoir poser ces règles, et nous nous exposerions à les voir renverser en partie, car l'hystérectomie vaginale, encore en étude en Allemagne, en Angleterre et en Italie, est à connaître en France, et je ne doute pas qu'entre les mains des chirurgiens français la méthode vaginale ne subisse quelques perfectionnements et ne prenne une situation définitive parmi les opérations classiques.

En somme, les différences entre les procédés opératoires sont peu considérables ; toutes reposent sur des détails plus ou moins importants. Les temps de l'opération sont partout les mêmes ; l'ordre

de quelques-uns d'entre eux est quelquefois interverti ; la question du traitement de la plaie est celle où il y a le moins d'accord. Du reste, dans la pratique, on aurait grand tort de décider d'avance du procédé que l'on emploiera ; ceci est très bon à l'amphithéâtre, où l'on cherche les difficultés pour les surmonter. Quand on opèrera sur le vivant, il faudra se plier aux circonstances et modifier l'opération d'après elles. Dans un cas, le renversement de l'utérus en avant sera des plus faciles, tandis que sur un autre sujet cette manœuvre sera impossible, autant de patience et d'habileté que l'on déploie ; le renversement en arrière, au contraire, sera aisé. Or, les deux manières sont employées, et nous les trouvons indiquées, la première par Récamier, la seconde par Kocks.

Nous décrirons l'opération typique par temps. Nous indiquerons ensuite les principales modifications apportées par chaque chirurgien, ainsi que celles qui seront nécessitées par les accidents possibles. Je résumerai le *modus faciendi* de tous les opérateurs qui ont pratiqué l'hystérectomie en tirant profit de leur expérience et de celle des chirurgiens de Bordeaux.

Quelques mots d'abord des instruments.

Il sera bon d'avoir à sa disposition une boîte d'instruments à fistule vésico-vaginale ; on trouvera là des érignes, des ciseaux et des bistouris de courbures diverses et portés sur des manches très allongés qui pourront rendre service dans certains cas. En règle générale, les instruments de dimensions ordinaires pourront suffire, car on opère presque à ciel ouvert. J'ai remarqué que pour l'incision des culs-de-sac on préférait user d'un bistouri à manche assez long et à tranchant court. Ainsi construit, il est très bien en main, et le tranchant n'incise que ce que l'ont veut couper, sans risquer d'attaquer les parties voisines, accident très possible, étant donnés le plissement du vagin provoqué par l'abaissement de l'utérus et la tendance des parties à reprendre leur position.

Les speculums ordinaires sont absolument insuffisants pour mettre le col à découvert. Il en faut un cependant pour le début

de l'opération, afin de permettre de saisir le col avec les pinces. Le speculum de Bozeman servira presque toujours. Les écarteurs vaginaux, composés d'une lame de 2 cent. 1/2, légèrement concave, pliée sur le plat à angle droit avec le manche, et terminée à son extrémité par une petite collerette rabattue en dehors et longue de 2 millimètres environ, sont de bons instruments; mais on devra en avoir une ou deux paires beaucoup plus larges et capables de supporter un effort plus considérable. L'arsenal de l'hôpital Saint-André en possède plusieurs construits sur les indications de M. Demons et qui ont 9 centimètres de long sur 5 de large; avec ces instruments, qui nécessitent deux aides, on pourra obtenir toujours une dilatation très suffisante du vagin. Je crois que les écarteurs à main seront toujours plus commodes que les autres instruments destinés à remplir le même but. Il ne s'agit pas, en effet, de maintenir régulièrement l'utérus à découvert, comme pour une simple cautérisation. On devra à tout instant changer la position des écarteurs, soit pour l'application des instruments, soit pour faciliter les mouvements à imprimer à l'utérus.

L'abaissement de l'utérus à la vulve est très délicat et nécessite une instrumentation spéciale. On aura le plus souvent de la peine à trouver un point d'appui solide pour pratiquer les tractions nécessaires sans causer de déchirures. La pince de Museux ne suffisait plus; M. Demons en a fait construire une plus longue à verrou démontant, à branches flexibles. Les crochets sont moins recourbés que dans la pince classique et plus larges, de façon à rappeler un peu les griffes de lion de nos pinces à sucre. De cette manière, le crochet appuyant obliquement au moment de la traction et sur une plus grande surface, on pourra déployer beaucoup plus de force. Contre les anneaux se trouvent des crans d'arrêt, comme dans la pince hémostatique de Péan; mais au lieu de trois crans, on en met une douzaine; grâce à cette disposition et à la flexibilité des branches, on peut saisir, soit le col entier, soit une seule des lèvres, les maintenir parfaitement et lâcher les pinces sans qu'elles dérapent. Deux ou trois paires de

ces instruments sont indispensables, et si l'on n'en avait pas suffisamment à sa disposition, il faudrait avoir quelques pinces de

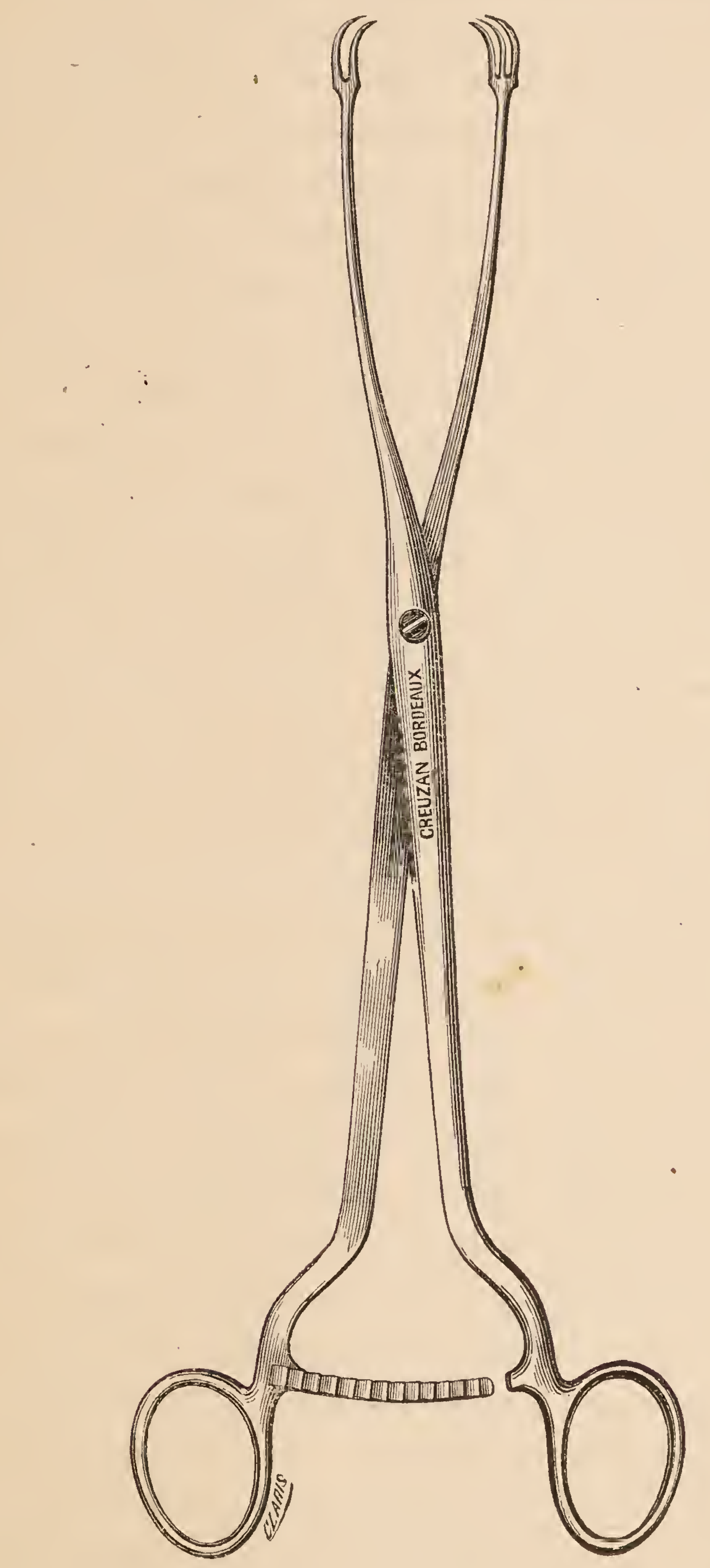


Fig. I. — Pince de Museux modifiée. (Modèle de M. Demons.)

Museux ordinaires. Il serait utile aussi d'avoir une de ces pinces se démontant à pivot, comme les forceps, pour saisir le col très haut.

Quand le col est ulcéré ou ramolli, les pinces déchirent les tissus, et il est fort difficile de saisir solidement le col. C'est pour ces cas que l'on a imaginé les différents *endoceps*. Récamier nous donne le dessin de celui qu'il employait ; il consiste en une tige métallique creuse, que l'on introduit dans la cavité utérine ; de l'extrémité de l'instrument, on peut faire dégager un système de pièces articulées qui prennent une forme losangique. Ainsi ouvert, l'endoceps est solidement fixé dans la cavité utérine. — M. Demons en a fait construire un : les deux branches de l'instrument se montent par une articulation à pivot, de sorte qu'on peut les introduire séparément. Ces branches sont disposées de façon que les crochets qui les terminent s'écartent l'un de l'autre, lorsque l'on rapproche les extrémités opposées ; un système d'arrêt, comme pour la pince hémostatique, maintient l'écartement. La pointe des crochets est tournée en dehors, de façon à s'accrocher aux parois de la cavité utérine. Aussi peu courbées que soient les pointes, on éprouve toujours beaucoup de peine à introduire l'instrument. La manœuvre, déjà pénible sur un utérus sain, sera souvent impossible sur l'organe malade dont la cavité est déviée ou obturée par le néoplasme. Je n'ai pas vu cet instrument rendre le moindre service dans les opérations faites à Bordeaux.

L'hémostase présente des indications spéciales ; les pinces hémostatiques ordinaires seraient trop courtes et gêneraient le chirurgien en obturant, avec leurs anneaux, l'orifice vulvaire. Les pinces à polype, de Duplay, remplissent très bien l'indication ; mais, pour saisir le ligament large dans son ensemble, il existe un instrument très commode : c'est une pince à forcipressure, longue de 20 centimètres, dont les mors ont une forme rectangulaire allongée, à angles mousses, d'une largeur de 1 centimètre et longs de 4 centimètres : la pince à phimosis plus grande. Elle permet de saisir une grande surface à la fois, et si le ligament large venait à saigner en nappe, comme cela arrive quelquefois, elle dispense de faire de petites ligatures isolées et d'employer le thermo-cautère. Enfin, la force de l'instrument permet de saisir vigoureusement une des lèvres de l'utérus, ce

qui remplacera quelquefois avec avantage les pinces à crochet. Il faut avoir au moins quatre de ces instruments.

Il va sans dire que l'on devra avoir à sa disposition tous les instruments habituels pour les ligatures d'artères : aiguille de Deschamps, de Cooper, ténaculum, sonde de Belloc; grosses aiguil-

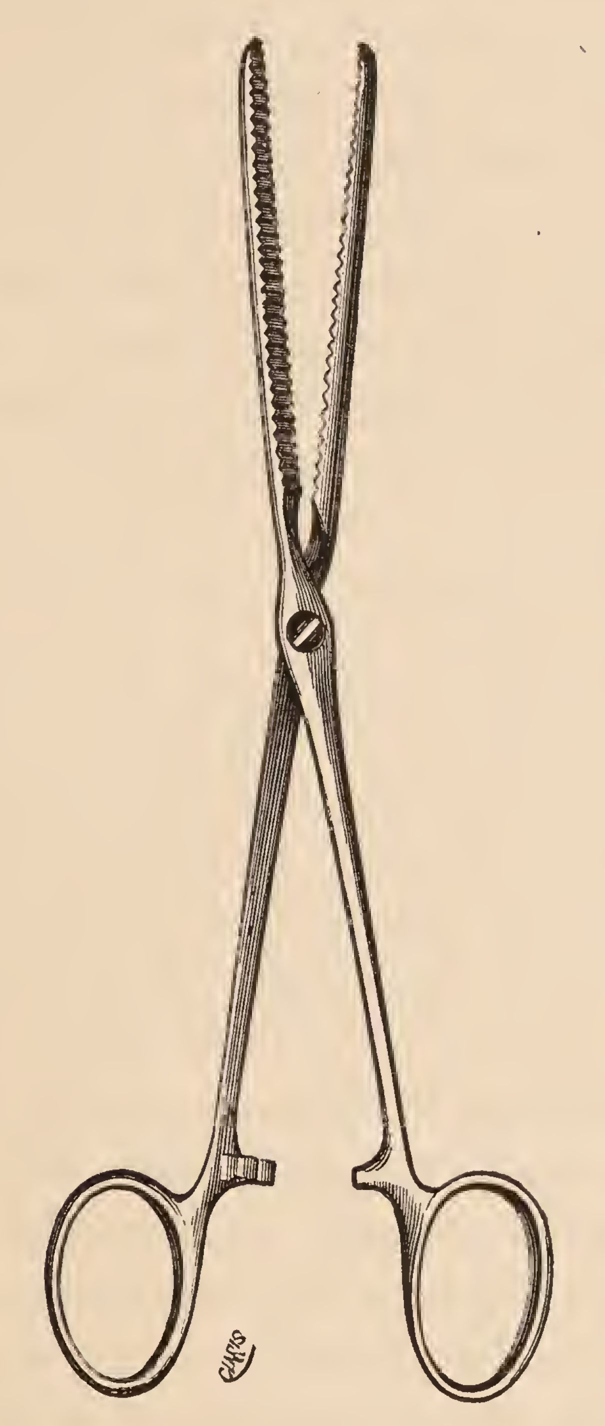


Fig. II. — Pince à artères. (Modèle de M. Demons.)

les courbes à suture, et un instrument spécial pour tenir ces aiguilles, qui consiste en une paire de pinces longues et déliées dont les mors saisissent solidement l'aiguille, tout en permettant de la mettre dans toutes les directions. Nous en avons un modèle à double courbure qui rend très facile la pose de certaines ligatures au fond du vagin (pince de Küster).

Etant donnée la situation de l'artère utérine, il était naturel de songer à la lier dès le début de l'opération, afin d'avoir toute tranquillité au sujet de l'hémorragie pendant l'enlèvement de l'utérus. Je cherchais un instrument, lorsque j'ai connu celui de Clinton Cushing, qui me paraît excellent. Des circonstances inévitables m'ont empêché d'essayer la méthode de Cushing avec son instrument, mais j'ai pu me rendre compte, en pratiquant des ponctions avec des stylets aigus, que le procédé était bon. Laissons parler l'auteur : « Chaque branche de l'instrument consiste en une mince canule recourbée à son extrémité, de sorte que lorsque les branches sont réunies et fermées, elles forment un demi-cercle, et les deux canules, mises bout à bout, constituent un tube fermé. L'extrémité de chaque canule est terminée par une pointe de trocart. »

« On se sert de l'instrument comme il suit : Couchez la malade sur le côté gauche et introduisez un large speculum de Sims. Saisissez l'utérus avec une forte pince de Museux, abaissez-le et fixez-le. Prenez alors une branche de l'instrument, et enfoncez-la dans le cul-de-sac du vagin à un tiers de pouce à côté du col, et à la même distance en arrière de la ligne qui s'étend du col au côté du bassin (pass it through the roof of the vagina a third of an inch to the side of the cervix, and a third of an inch back of the median line runnnig from the cervix to the side of the pelvis). Introduisez la canule dans l'épaisseur du ligament large jusqu'à ce quelle ait pénétré d'un pouce et en conservant l'instrument distant de l'utérus d'un demi-pouce. »

« Introduisez alors l'autre branche en avant de l'utérus et à son côté, de la même manière. Fermez et arrêtez les branches de l'instrument; les orifices des canules seront face à face dans le tissu conjonctif du ligament large, au-delà de l'artère utérine et entre l'uretère et le corps de l'utérus. Prenez alors un morceau de fil de fer n° 23, aiguisez le à une de ses extrémités et faites un anneau à l'autre, pour y passer le fil à ligature. Faites passer le fil de fer dans la canule et ensuite la ligature. La pointe aiguë du fil de fer perfore la portion du tissu cellulaire, qui pourrait

rester comprise entre les branches de l'instrument. Séparez alors les branches pour les enlever isolément; la ligature reste dans leur trajet, et, en les serrant, on maintient parfaitement l'artère utérine et on arrête ainsi la plus grande partie du sang qui arrive à l'utérus. »

Nous reparlerons plus loin de ce procédé.

Nous n'insistons pas, à dessein, sur les instruments que l'on doit avoir à sa disposition dans toutes les opérations utérines : sondes, seringue à hydrocèle, irrigateur. La méthode listérienne devra être appliquée dans toute sa rigueur, et nous verrons qu'on lui associe avec avantage le pansement iodoformé. Du reste, je signalerai les particularités à mesure qu'elles se présenteront.

Préparatifs. — Antisepsie antéopératoire.

On choisira une chambre bien éclairée par une fenêtre dont le rebord sera aussi bas que possible ; on aura tout avantage à se trouver à un étage élevé ; de cette façon, le jour arrivera horizontalement et éclairera à merveille le champ opératoire. L'éclairage vertical de beaucoup d'amphithéâtres ne vaut rien.

La température devra être assez élevée, et ne sera pas inférieure à 15° en hiver.

La table à opération doit être assez haute pour que, le chirurgien étant assis, les organes génitaux de la malade se trouvent en face de lui ; assez étroite, pour que les aides puissent tenir les écarteurs sans fatigue, en suivant les temps de l'opération. Un mince matelas recouvrira la table. Toiles cirées, etc. Préparer un caleçon de flanelle ou, à son défaut, de l'ouate et des bandes pour préserver les membres inférieurs du froid. S'assurer d'un aide, ou deux au plus, pour le lavage des éponges et la préparation des injections que l'on aura à faire assez souvent dans le cours de l'opération. Il est indispensable de mettre à ce poste une personne intelligente et de sang-froid.

La malade devra subir une préparation antiseptique sérieuse. Si le col présente des portions ramollies, complètement dégéné-

rées, donnant des sécrétions fétides, il faudra débarrasser la malade, par une opération préalable, de ces produits gênant les manœuvres, risquant d'amener une hémorragie, et mettant, au moment de l'opération, un foyer septique en contact avec la plaie opératoire. Ainsi, il sera indispensable de dégager le col avec la curette, le thermo-cautère et même le bistouri de toutes les parties qui ne serviront pas à la préhension du col par les pinces; on verra beaucoup plus facilement les culs-de-sac vaginaux, et l'on débarrassera l'utérus de tissus saignant avec la plus grande facilité. Suivant les cas, cette opération préparatoire devra être faite plusieurs jours avant ou, simplement, la veille de l'extirpation de l'utérus. — Dans tous les cas, le vagin devra être maintenu aussi antiseptique que possible. Sanger indique de désinfecter les surfaces malades avec une solution d'acide phénique à 8 $^0/_0$ et de placer contre le col un tampon d'ouate salicylée, trempé dans la même solution, et que l'on maintient jusqu'au moment de l'opération. — Cette solution me semble un peu forte. Notre solution à $^{50}/_{1000}$ me paraît suffisante. Un lavement évacuera le gros intestin le matin même.

La malade sera anesthésiée, couchée sur le bord de la table, dans la position de la taille, les jambes écartées et maintenues par deux aides. On fera un nettoyage soigné du vagin et de toute la région avec de la solution phéniquée forte.

Premier temps. — Dilatation du vagin et abaissement de l'utérus.

Si la malade a eu des enfants, la simple application des écarteurs suffit pour amener une dilatation très suffisante du vagin. Dans d'autres cas, il faut pratiquer des tractions avec les doigts introduits dans la vulve, et c'est au bout de quelques minutes seulement que le passage est suffisamment large. Si, malgré tout, comme cela peut se voir chez les femmes âgées, l'anneau vulvaire résistait trop, on pourrait faire une incision périnéale. Du reste, il arrivera presque toujours que les manœuvres amèneront

la dilatation désirée sans que l'on ait à s'en préoccuper spécialement.

Il s'agit maintenant d'abaisser l'utérus pour l'incision des culs-de-sac vaginaux. Sur un utérus libre d'adhérences, et dont le col est encore conservé, ce sera facile : on introduit un speculum ou deux écarteurs ; on saisit le museau de tanche avec une pince de Museux à arrêt ; on pose deux ou trois pinces semblables, suivant la nécessité, soit en les plaçant séparément sur chacune des lèvres du col, soit en saisissant le col entier, mais en ayant toujours soin de prendre les points d'appui le plus haut que l'on pourra. Une fois le col bien saisi, on abaissera l'utérus par des tractions douces, en agissant sur tous les instruments à la fois et en tirant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Un aide, ou l'opérateur lui-même, appuie une main sur le bas-ventre pour soutenir le fond de l'utérus et aider au mouvement d'abaissement. Il est rare qu'on l'obtienne complet avant d'avoir incisé les culs-de-sac vaginaux. Aussi ce temps se confondra-t-il le plus souvent avec le suivant.

Deuxième temps. — Incision des culs-de-sac vaginaux et décollement du col utérin.

Les aides assurent l'écartement parfait des parois du vagin : un large écarteur de chaque côté, un écarteur étroit ou un speculum de Bozeman pour la paroi antérieure ou la postérieure. Des éponges montées, à fistule vésico-vaginale, seront tenues prêtes. Quand le col présente encore assez de résistance, il sera bon de traverser une ou les deux lèvres avec un gros fil de soie : on aura ainsi un excellent point de traction. (Voyez Obs. I.)

Par où devra-t-on commencer l'incision? Je crois qu'il est absolument inutile de se plier à une règle. On commencera par le point le plus facile à atteindre ; le plus souvent ce sera le cul-de-sac antérieur. On incise le vagin au point où il se replie et s'applique sur le col ; la muqueuse incisée, on abandonnera le bistouri pour se servir de l'ongle, de la sonde cannelée ou du manche

du bistouri. Si l'instrument tranchant redevient nécessaire, on prendra le bistouri boutonné, dont la pointe mousse ne risquera pas de causer de dégâts. On éprouverait des difficultés si l'on voulait décoller l'adhérence vésico-utérine jusqu'au cul-de-sac péritonéal, avant d'avoir incisé les autres culs-de-sac; aussi, après avoir décollé un ou deux centimètres du cul-de-sac antérieur, on fera bien d'inciser les autres en agissant de la même façon, et en ayant soin d'épargner l'artère utérine ; sur les côtés on n'incisera que la muqueuse. Le cul-de-sac postérieur sera mis en évidence en portant le col en avant avec les pinces ; on tendra en même temps la muqueuse en appuyant sur le cul-de-sac avec une érigne ; on arrivera ainsi à faire son incision avec facilité. — Le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur ne donneront qu'un écoulement sanguin peu considérable, car les vaisseaux assez nombreux sont très déliés ; on posera quelques pinces à artère, si c'est nécessaire, et la simple pression ou la torsion arrêteront le plus souvent l'hémorragie. C'est dans l'incision de culs-de-sac latéraux que l'on aura à faire une hémostase sérieuse. On pénètre dans le ligament large, et l'on rencontre l'artère utérine, des veines volumineuses et les nombreuses petites branches qui se rendent à l'utérus en se détachant perpendiculairement de l'artère utérine dans son trajet ascendant.

Plus le décollement du col devient complet, plus l'utérus devient mobile; sa séparation d'avec la vessie détruit une des deux grandes adhérences de l'utérus. On placera des pinces de Museux de plus en plus haut, en faisant descendre l'utérus et en le décollant jusqu'au péritoine. Le repli séreux qui recouvre la face antérieure du corps sera également décollé, si c'est possible, car on a tout avantage à conserver le plus de séreuse possible dans les lambeaux. Si l'on veut isoler de la même façon l'utérus en arrière, sans le renverser, on aura beaucoup plus de difficultés qu'en avant; nous avons, en effet, les ligaments musculaires utéro-rectaux et utéro-sacrés qui nécessiteront l'emploi du bistouri et des ciseaux : il faudra, pour pouvoir atteindre les parties les plus élevées du repli de Douglas, renverser fortement

le col en avant. Il m'a paru préférable, lorsque j'ai opéré sur le cadavre, après avoir dégagé toutes les adhérences antérieures, de lier les ligaments larges, soit avant, soit après le basculement de l'utérus en avant, et achever ensuite l'extirpation en attaquant les adhérences postérieures de haut en bas. — Tel est le procédé de Coudereau.

Hémostase. — Nous avons vu que Cushing avait proposé de pratiquer la ligature de l'artère utérine dès le début de l'opération. C'est évidemment une excellente précaution qui permet d'opérer tranquillement, sans que l'on ait à redouter de ces hémorragies toujours dangereuses lorsque le péritoine est ouvert. Son instrument remplit très bien les indications, mais il présente un inconvénient : l'artère, qui est volumineuse, n'est pas saisie immédiatement par la ligature. Entre le fil et le vaisseau se trouvent une grande quantité de tissu cellulaire et une portion de muqueuse vaginale (celle qui se trouve comprise entre les deux branches de l'instrument de Cushing) ; une pareille ligature risquera de déraper, aussi solide qu'elle soit. — Je crois que l'on doit, autant que possible, pratiquer des ligatures immédiates ; nous agissons ici sur le même tissu que celui qui compose le pédicule des kystes de l'ovaire, à surface glissante et sujet à rétraction. La méthode de Cushing, si elle est conservée, devra, je pense, rester comme ligature provisoire, destinée à parer à l'hémorragie pendant l'opération et à permettre de faire des ligatures directes définitives. Pourquoi n'établirait-on pas une ligature élastique provisoire qui remplirait le rôle de la bande d'Esmarch ?

Si on lie les vaisseaux après incision des culs-de-sac, il faudra, aussitôt que possible, aller à la recherche de l'artère utérine, et la lier : on évitera ainsi les ligatures d'une foule d'artérioles qui feraient perdre du temps. Quand le vagin est incisé, on sentira presque toujours l'artère battre sous le doigt, et on la découvrira sans peine en dissociant le tissu cellulaire avec la pince et la sonde cannelée. Quand le tissu cellulaire périutérin est infiltré ; quand il y a des adhérences, la recherche des vaisseaux sera beaucoup plus diffi-

cile. C'est alors que les grandes pinces à pression continue devront être employées; avec elles on peut saisir le ligament large dans toute sa hauteur, et, d'un seul coup, arrêter tout écoulement sanguin.

L'artère utéro-ovarienne est beaucoup moins considérable; sa ligature ne présente pas d'indications spéciales; elle sera faite soit séparément, ce qui est préférable, soit en liant en masse la portion supérieure du ligament large. Il est très facile de la lier lorsque l'utérus est renversé.

Troisième temps. — Ligature et section du ligament large. Renversement de l'utérus.

Nous avons suivi l'opération jusqu'au décollement complet du col; c'est à ce moment que les procédés changent, suivant les auteurs et suivant les cas. Il est fort rare que l'extirprtion puisse se terminer comme celle de Sauter, et la première de M. Demons, par exemple, sans renversement de l'utérus; l'organe devrait présenter un abaissement que l'on n'est pas toujours sûr d'obtenir; sinon on devra conduire avec le doigt un bistouri boutonné ou un lithotome (Récamier) (1). Mais ainsi on opère en aveugle et on risque d'atteindre l'intestin, la vessie ou le rectum. — Le renversement se fait en avant ou en arrière. J'ai déjà expliqué pourquoi le renversement en avant me paraissait préférable et plus facile. Nous voyons cependant que dans beaucoup de cas on a renversé l'utérus en arrière. Du reste, il n'y a pas de règle absolue, et l'on agira suivant les cas. — Lorsque l'on renverse l'utérus et que l'on pratique la ligature du ligament large ensuite, on aura l'avantage de le voir tordu sur lui-même, réduit à un plus petit volume et plus facile à lier. On a reproché à cette méthode de prédisposer au glissement de la ligature (Thiersch); la torsion de ce pédicule nuit évidemment à la sécurité de l'hémostase, mais s'il y a eu des accidents, je crois qu'il faut accuser la

(1) Voyez page 57.

surface péritonéale glissante, sur laquelle repose le fil, plutôt que toute autre chose; on parera au danger en liant isolément chaque vaisseau.

Sanger énumère les avantages du renversement de l'utérus : la torsion, dit-il, rend plus grande la sécurité des ligatures. — Les ligatures peuvent être placées beaucoup plus en dehors que lorsqu'on opère *in situ*. — On est plus sûr de ménager les ovaires et les trompes, lorsque ces organes doivent être conservés. — L'utérus étant renversé, on a la facilité de ne comprendre dans la ligature que juste les éléments nécessaires, et l'on se conformera à la règle de ne saisir que le moins de tissus possible. — En cas d'adhérences périmétriques, l'abaissement de l'utérus au degré nécessité par l'opération *in situ* peut être dangereux ou impossible; l'opération se termine dans « *l'obscurité* ». Aussi Sanger réserve l'opération *in situ* pour les utérus qui peuvent s'abaisser beaucoup et permettre aux doigts et aux instruments d'atteindre facilement le champ opératoire.

Résumons la ligature des ligaments larges : deux procédés, suivant que l'on fait la ligature en masse, en deux ou trois faisceaux, ou que chaque artère est liée individuellement. Le premier, plus facile, est peu sûr; le second est long. — Il est préférable, après l'incision du cul-de-sac, de faire une première ligature, directement sur l'artère utérine, à un ou deux centimètres du col; médiatement, si on ne l'aperçoit pas, en passant le fil à ligature dans l'épaisseur du ligament large, d'avant en arrière, avec une aiguille de Deschamps ou une simple aiguille courbe portée par la pince à suture décrite page 41. Ceci fait, on rase l'utérus en détachant les tissus avec les ciseaux ou le bistouri; de petites artérioles et des veines sont arrêtées avec les pinces hémostatiques. On incise ainsi le tiers ou la moitié du ligament large. Alors, si on ne renverse pas l'utérus, on pose un gros fil à ligature par les ouvertures faites au péritoine, avec la sonde de Belloc, et l'on serre le nœud avec vigueur. En pratiquant le renversement, on pourra lier beaucoup plus sûrement en passant un fil double à travers le reste du ligament large et en pratiquant

4

une double ligature comme pour le pédicule des kystes ovariens. — Ces ligatures devront être placées le plus loin possible de l'utérus, pour laisser un libre passage aux instruments et pour réserver, au-delà de la ligature, une longueur de tissus capable d'éviter la chute du fil, en cas de glissement de la ligature ou de rétraction de la séreuse. — On pourra, en outre, pratiquer des ligatures isolées des principaux vaisseaux compris dans le moignon.

Nous avons dit, à propos de l'adhérence postérieure de l'utérus que, normalement, on la détruit en dernier lieu (Voir l'op. de M. Mandillon), ce que l'on fait avec le bistouri en mettant, s'il le faut, le doigt dans le rectum pour protéger cet organe pendant qu'on attire le fond de l'utérus en bas avec une pince de Museux ou une érigne.

L'exécution du renversement est, en général, assez facile, et il suffit, le plus souvent, de l'index recourbé ou d'une érigne pour amener le fond de l'utérus en bas. — La présence d'adhérences pourra rendre ce temps fort pénible ; ce n'est que lorsqu'on aura essayé le renversement en avant et le renversement en arrière sans succès que l'on se décidera à terminer l'opération *in situ.*

Quatrième temps. — Traitement de la plaie. — Sutures, drainage.

L'utérus est enlevé ; on s'occupera alors d'arrêter définitivement l'hémorragie et de faire la toilette du cul-de-sac de Douglas, où vont se ramasser le sang et les débris. Les injections phéniquées seront faites pour débarrasser le péritoine de tout le sang et de tous les produits septiques qui pourraient s'y rencontrer.

Il reste maintenant à remplir les conditions nécessaires pour une prompte réunion, tout en réservant un écoulement facile des sécrétions de la plaie. Il faut, enfin, assurer l'antisepsie pendant toute la guérison.

Les lambeaux se rabattent d'eux-mêmes et ferment naturellement le fond du vagin, et pour peu qu'on les ait laissés un peu

longs, l'obturation sera parfaite. On pourra donc laisser la plaie sans suture, ce qui assurera l'écoulement des sécrétions. Mais il ne faudrait pas croire que l'écoulement des liquides au dehors se fasse aussi régulièrement qu'on le dit, aussi soigné que soit le drainage. Si l'on étudie la position relative des organes dans le décubitus horizontal, on verra que la cavité vaginale, la plaie et le cul-de-sac péritonéal, se trouvent au même niveau, le péritoine même plutôt en contre-bas. Un drainage faisant communiquer le péritoine avec le vagin présentera, semble-t-il, plus d'inconvénients que d'avantages. Le drainage devra être disposé de façon à laisser le péritoine sans communication avec l'extérieur; il ne servira qu'à l'écoulement des liquides qui pourraient suinter de la plaie.

Je crois qu'il serait très mauvais de laisser la plaie telle quelle, et le procédé indiqué par Sanger, tiré de la pratique de von Teuffel, peut être excellent; il consiste à conserver des lambeaux péritonéaux aussi longs que possible, et à les rabattre sur les surfaces cruentées à l'aide de sutures (1). Cette disposition aura l'avantage de recouvrir en partie le tissu cellulaire du ligament large mis à nu, et de diminuer ainsi les chances du phlegmon. Elle mettra, en outre, deux surfaces séreuses en contact, ce qui est une excellente condition de réunion immédiate et de très rapide oblitération du péritoine. Ce point obtenu, la suppuration de la région supra-vaginale serait beaucoup moins grave, si elle se montrait. — Devra-t-on faire d'autres sutures réunissant le lambeau antérieur au lambeau postérieur? devra-t-on drainer? Sanger ne le veut pas. Dans les cas où il y aurait accumulation de liquides dans le cul-de-sac de Douglas, il indique de décoller les lambeaux avec le doigt pour leur donner issue. Quant aux sutures, il les condamne; elles se détruisent rapidement, dit-il, et le péritoine se rétracte très vite, de sorte que les sécrétions supra-vaginales risquent d'être renvoyées dans le péritoine. Je

(1) Von Teuffel essaye de faire affronter le lambeau péritonéal avec la muqueuse vaginale, et c'est sur ces deux parties qu'il établit sa suture.

crois qu'il y a exagération, et qu'on se trouvera bien de suturer les parois du vagin, lâchement si l'on veut, mais de façon à maintenir les organes en place. On ne peut compter sur l'immobilité absolue de la malade ; elle fera un effort quelconque, elle toussera, et l'on pourra avoir des accidents à la suite du déplacement des intestins. Une suture parera à ces inconvénients, et pour ces motifs, la suture, aussi complète que possible, me paraît toujours indiquée, à condition cependant de ne pas gêner le drainage et l'écoulement facile des liquides de la plaie.

Sanger repousse le drainage ; il faut drainer cependant lorsque l'on suture le vagin. Il reproche au drain de n'amener qu'un écoulement très imparfait des liquides, de nuire à la réunion en écartant les bords de la plaie, et de constituer un danger permanent pour le péritoine et les intestins qu'il risque d'enflammer. Ces accusations ne sont vraies qu'en partie ; néanmoins, pendant les premières heures qui suivent l'opération, il y a un écoulement sanguin assez abondant qui tombera dans le cul-de-sac péritonéal, et malgré la facilité de le faire évacuer en passant le doigt dans la plaie et en faisant prendre à la malade la position demi-assise, je suis convaincu qu'il vaudra mieux user d'un drainage bien entendu. — On a employé des drains en T pour assurer l'action sur toute l'étendue de la plaie ; je ne les ai pas vu fonctionner. Je pense que la meilleure disposition est la suivante : Un drain de moyen volume est placé sur la ligne médiane, assez long pour pénétrer dans la cavité péritonéale. Ce drain sera enlevé le lendemain ou trente-six heures après l'opération. De chaque côté, aux angles de la plaie, un drain moins volumineux sera appliqué le long de la section des ligaments larges et sans qu'il pénètre dans la cavité abdominale ; ces drains pourront rester aussi longtemps qu'on le jugera convenable et sans inconvénient aucun.

Ce mode de suture et de drainage me paraît présenter plusieurs avantages : 1° de ne pas porter dans la cavité péritonéale de corps étranger capable de l'irriter d'une façon durable, tout en permettant aux liquides qui auraient pu rester dans le pli de

Douglas de s'écouler pendant les premières heures qui suivent l'opération ; 2° de permettre de faire des injections vaginales au premier pansement sans risquer d'inonder le péritoine; 3° d'assurer un affrontement sérieux des lèvres de la plaie ; 4° de ménager, par les drains latéraux, une voie d'élimination aux détritus et au pus, si par hasard il s'en produisait, au niveau de la section des ligaments larges.

On emploiera, pour les ligatures et les sutures, soit la soie phéniquée, soit le catgut. La soie phéniquée permet de faire plus facilement des nœuds solides, mais elle met plus de temps à se résorber. Le bon catgut, fabriqué depuis longtemps, plongé quelques minutes dans l'eau et soigneusement dépouillé de l'huile qui le baigne, sera presque aussi commode, et son avantage, au point de vue de sa résorption rapide, est tellement grand que je le préfère dans tous les cas.

Pansement. — Il est très simple : les drains seront saupoudrés d'iodoforme avant d'être placés. La suture et le fond du vagin seront recouverts d'une légère couche de cette substance. On introduira ensuite deux ou trois bourdonnets de gaze iodoformée, réunis en queue de cerf-volant. Il faut avoir soin de ne pas les pousser trop énergiquement contre le fond du vagin, et ils ne doivent pas appuyer sur le trajet du canal de l'urètre. La vulve sera recouverte d'ouate salicylée que l'on maintiendra avec un bandage en T. Grâce à l'iodoforme, il n'y aura jamais, ou presque jamais, d'inflammation ni de suppuration, et je comprends l'enthousiasme de Sanger pour ce mode de pansement. D'après lui, le drainage, la suture, le tamponnement ne sont plus indispensables du moment où l'on emploie l'iodoforme ; la gaze iodoformée établit un drainage capillaire durable, elle présente sur la gaze phéniquée cet avantage que l'iodoforme, même en quantité très peu considérable, conserve l'asepticité pendant fort longtemps. L'auteur parle ensuite de l'empoisonnement par l'iodoforme. Pour notre opération, il ne sera pas à redouter, car la quantité de médicament nécessaire est très peu considérable : 2 grammes

environ suffiront amplement, et la dose contenue dans la gaze est incapable de nuire.

Est-il indispensable de tamponner le vagin? Les observations, à la fin de mon travail, nous montrent que la gaze iodoformée prend souvent une mauvaise odeur marquée. Enfin, quoiqu'on en dise, les tampons risqueront toujours d'empêcher l'écoulement des liquides, surtout s'ils viennent à s'appliquer sur l'orifice des drains. De plus, lorsqu'on veut faire des injections, on est obligé de les enlever, ce qui expose toujours à quelque accident. Un peu de poudre d'iodoforme au fond du vagin et des injections antiseptiques constituent, en somme, à mon avis, le meilleur pansement.

Aussi absorbante que soit la gaze iodoformée, si on l'emploie, je crois que l'on aura grand avantage à renouveler le pansement le lendemain ou le troisième jour, et à faire une injection pour bien nettoyer le vagin.

L'utilité des pansements suivants sera indiquée par le thermomètre et la présence de la douleur.

Si la réunion s'opère sans encombre, on pourra supprimer tout pansement au bout d'une dizaine de jours et se contenter de faire des injections phéniquées. Les sutures au catgut peuvent rester en place indéfiniment sans nuire ; on pourra les enlever au bout de la premiére semaine, car elles n'auront plus alors aucune utilité.

Soins à donner à la malade. — L'opération terminée et le pansement fait, la malade sera portée dans son lit, en lui évitant tout mouvement. Le corps sera légèrement incliné pour faciliter l'écoulement des liquides par le vagin. Le traitement général est le même que pour les opérations pratiquées sur le péritoine.

J'insiste sur la nécessité d'un pansement dans les quarante-huit heures. J'ai pu voir l'inconvénient qu'il y avait à laisser la plaie trop longtemps sans renouveler le pansement (1). La quantité de liquide qui s'écoule pendant les premières heures est très considérable ; elle submerge les tampons iodoformés, les enduit

(1) Voyez obs. I.

de sang qui se sèche, s'épaissit et nuit à la filtration capillaire dont parle Sanger. On changera donc le tampon et on fera une injection phéniquée à $^{25}/_{1000}$. On replacera un nouveau pansement, et on pourra profiter alors des propriétés antiseptiques de l'iodoforme, en restant plusieurs jours sans toucher à la plaie.

J'ai déjà dit qu'il me paraissait plus avantageux de supprimer le tampon. Néanmoins, avant de me prononcer définitivement, de nouvelles expériences sont nécessaires.

Il faudra sonder la femme très souvent, toutes les trois heures au début, et plus souvent s'il le faut. Il serait très mauvais de laisser la malade uriner seule à cause des efforts qu'elle ne manquerait pas de faire, et de l'urine qui viendrait souiller le pansement. La sonde à demeure est mauvaise, parce qu'elle irrite l'urètre, quelquefois très rapidement, et elle ne permet pas de prendre tous les soins de propreté voulus. La sonde devra toujours être très propre ; dans les intervalles on la plongera dans de l'eau phéniquée forte. J'ai remarqué que l'huile phéniquée devenait souvent une cause d'irritation très vive, d'urétrite et de cystite. Ceci provient de ce que l'acide phénique se sépare peu à peu de l'huile, forme des gouttelettes qui, portées par la sonde sur la muqueuse urétrale, y provoquent une inflammation parfois fort vive. La vaseline phéniquée ne présente pas cet inconvénient.

Etudions maintenant les procédés particuliers de quelques auteurs : tous se ramènent au type que nous venons d'indiquer ; de simples modifications de détail seront utiles à connaître, et trouveront certainement leur application. Nous ferons connaître en même temps les jugements portés par les chirurgiens qui ont pratiqué l'hystérectomie vaginale ; ils nous conduiront à donner notre propre appréciation.

Sauter pratiqua une hystérectomie dans les conditions suivantes : La malade avait un cancer assez avancé, de consistance molle, et l'utérus présentait des adhérences qui ne permirent pas d'abaisser l'organe. Il dut opérer *in situ ;* l'opération fut longue

et terrible, et l'utérus dut être détaché à petits coups. Au moment où l'opérateur passa la main dans le vagin pour saisir le fond de l'utérus, la malade eut une douleur expulsive, avec contraction violente des muscles abdominaux; les intestins appuyèrent fortement contre la main de Sauter, et il fut obligé ensuite de faire maintenir les anses intestinales par un aide. Il y eut hémorragie assez considérable. Le vagin fut tamponné avec de la charpie, et la guérison arriva assez rapidement.

Il n'y eut pas de ligatures, et, malgré cela, l'hémorragie ne dura pas au-delà de l'opération. Ce fait s'explique par la disposition de l'artère utérine.

Récamier. — Il s'étend très longuement sur tous les détails de l'opération, sur ses dangers, ses difficultés et ses conséquences. Nous le résumerons :

D'après les faits de Langenbeck, de Sauter, et les extirpations pratiquées par ignorance sur des femmes en couche, l'extirpation totale de l'utérus, lorsqu'il est libre d'adhérences et que les parties avoisinantes sont saines, est une opération très possible.

Le procédé de Sauter, qui n'use pas de ligatures, ne doit cependant pas être suivi : il expose à des hémorragies graves; aussi faut-il lier les ligaments larges avant de les sectionner.

Récamier étudie ensuite les différents cas qui peuvent se présenter, en modifiant son manuel opératoire, suivant les circonstances. (Tome I, p. 360.)

Il considère quatre cas :

1° Il y a prolapsus ;
2° Il n'y a pas prolapsus ;
3° Le col est ramolli ;
4° On ne peut pas abaisser l'utérus.

1° *Quand il y a prolapsus*, l'opération est très simplifiée, le premier temps étant supprimé par l'abaissement naturel de l'utérus à la vulve. Il emploie, dans ce cas, deux ligatures latérales maintenues avec un serre-nœud. L'entérotome de Dupuytren pourrait être employé avec avantage. Il perfectionne le pansement

de Sauter, qui appliquait de la charpie directement sur les intestins.

2° *L'utérus se trouvant en sa position normale, il faut l'abaisser jusqu'à la vulve.* — Il se sert, pour cette manœuvre, de la pince de Museux et d'un endoceps. Il incise alors le vagin sur le pourtour de son insertion au col, avec le bistouri à lame cachée, et en rasant l'utérus de très près, pour éviter la blessure de l'uretère, de la vessie et du rectum.

L'utérus ne tient plus alors que par les ligaments larges ; on passe au-dessus d'eux une sonde de Belloc, qui permet de passer un fil à ligature; on sectionne ensuite les ligaments larges en rasant toujours l'utérus.

3° *Le col utérin est ramolli, ulcéré ou excisé préalablement.* — L'auteur recommande d'inciser le vagin en avant et en arrière, de façon à permettre d'appliquer les pinces de Museux sur un tissu solide.

4° *L'utérus ne peut être abaissé avant la section des ligaments.* — L'auteur pratiqua cette opération sur le cadavre, en 1818, à l'Hôtel-Dieu. Il ne dit pas si le cadavre portait réellement des lésions capables d'immobiliser l'utérus. Il ouvre le vagin en avant du col avec le pharyngotome guidé par le doigt, et il pénètre dans le péritoine, en longeant l'utérus. Même manœuvre en arrière. Il introduit alors dans les petites plaies un lithotome de frère Côme pour inciser à droite et à gauche. L'utérus se trouve alors simplement maintenu par les ligaments larges ; à l'aide de la sonde de Belloc, il passe une ligature sur ces ligaments. Une fois assuré contre l'hémorragie, il détache l'utérus avec un bistouri boutonné, guidé par le doigt. Il recommande de ne pas faire abaisser l'utérus par la main d'un aide, cette manœuvre entraînant en même temps la vessie et le rectum, et les présentant à l'instrument. Il est très important de vider la vessie et le rectum.

L'auteur prévoit la possibilité de fistules péritonéo-vaginales, et indique l'emploi d'érignes à coulisse.

Le 23 juillet 1829, Récamier pratiqua sur le vivant l'ablation d'un utérus cancéreux. (Tome I, p. 519.) La malade avait un bon état général, sans apparence aucune de cachexie cancéreuse.

Il y avait une ulcération à la base de la lèvre antérieure. L'utérus était mobile du côté de la vessie et du rectum.

Le bassin est mis au-dessous du niveau des épaules pour permettre un écoulement facile du sang. La lèvre antérieure est saisie avec une pince à érigne, dont une branche est portée dans l'orifice ulcéré, et l'autre sur la lèvre antérieure, derrière l'urètre. Il pratique, avec cette pince, un commencement d'abaissement de l'utérus, et il place une seconde pince-érigne sur un point plus élevé et plus résistant. Abaissement, avec ces deux pinces, de l'utérus jusqu'à la vulve. Examen digital du rectum, pour s'assurer de l'intégrité des tissus environnants et pour terminer l'abaissement. Examen des rapports du vagin avec la tumeur et avec la vessie. — Incision transversale du vagin avec le bistouri conduit sur la tumeur. Incision du vagin à droite et à gauche ; séparation du tissu cellulaire avec le doigt jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Ouverture du péritoine en suivant rigoureusement la surface de la tumeur. — Agrandissement de l'orifice du péritoine avec le bistouri herniaire boutonné, de façon à pouvoir porter facilement deux doigts au-dessus du corps de l'utérus et à augmenter son abaissement ; avec le même bistouri, section des deux tiers supérieurs du ligament large gauche, en rasant le bord gauche de l'utérus, jusque vers le sillon qui le sépare du col. Même manœuvre du côté droit, sans le moindre jet de sang. (Pour éviter l'hémorragie, Récamier se servait d'un instrument peu tranchant, qui avait le double avantage de ne point couper le chirurgien sans qu'il le sentît, et d'empêcher l'hémorragie des petits vaisseaux sectionnés pendant la tension du ligament.) Pour un écoulement sanguin plus considérable, il aurait tordu l'extrémité des vaisseaux avec l'ongle, ou posé une ligature au-dessous d'une aiguille courbe passée en travers des points saignants. Il pratiqua, en outre, la section des ligaments très lentement, de façon à ne pas être exposé à avoir plusieurs vaisseaux

saignant en même temps. Ligature du tiers inférieur des ligaments larges; section de ces ligaments avec un bistouri conduit sur l'index gauche. Section du cul-de-sac postérieur.

L'opération avait duré vingt minutes, ce qui est la durée habituelle lorsqu'il ne survient aucune complication.

Schrœder. — Ce chirurgien pratique l'amputation du col dans quelques cas très rares, où la lésion est nettement limitée; dans la grande majorité des cas, il aura recours à l'extirpation totale. D'après lui, il est toujours possible d'enlever tout l'utérus, même si l'organe entier est atteint. Schrœder a pratiqué avec succès l'extirpation totale du vagin, dans les cas où il était atteint de cancer superficiel primitif. Il y a eu récidive tardive, et, malgré cela, il admet la possibilité de pratiquer l'extirpation partielle. Cette extirpation du vagin peut-elle se légitimer? Quand les parties voisines du vagin sont atteintes, on trouvera toujours les tissus profonds attaqués, et il est fort peu probable que l'on puisse faire une opération radicale. Il est possible, il est vrai, d'extirper les noyaux voisins du col, et ceux qui sont situés dans le cul-de-sac vaginal, mais il y aura presque toujours d'autres germes situés plus profondément, et il ne faut pas songer à les poursuivre, comme on le fait dans la région axillaire pour les cas de cancer du sein.

L'auteur opère de la façon suivante :

Deux pinces sont placées sur les lèvres du col et l'utérus est abaissé autant que faire se peut. Incision circulaire sur les tissus sains; on décolle la muqueuse vaginale et l'on isole l'utérus jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Le péritoine est ouvert et l'utérus renversé, de façon que son fond vienne paraître par l'ouverture pratiquée au péritoine. Ce renversement de l'utérus n'est pas toujours facile. L'auteur provoque, en général, une rétroversion, saisit le fond de l'utérus avec une pince, et fait passer le fond de l'organe à travers le cul-de-sac de Douglas. Ceci fait, il est facile de couper le péritoine du repli vésico-utérin, et on laisse l'utérus maintenu seulement par les ligaments larges. Ceux-ci sont liés, soit par une seule ligature, soit par plusieurs. On sectionne alors

l'utérus au voisinage de son bord, en ayant soin de ménager une distance convenable entre la ligature et la surface de section. Cette précaution évitera le glissement des ligatures et l'hémorragie, soit pendant l'opération, soit, ce qui est plus grave, lorsque l'opération est terminée.

Schrœder fait la suture du vagin. Il réunit le moignon des ligaments larges aux angles de la plaie. Les deux pédicules tournent ainsi leur surface de section vers l'extérieur, et permettent d'arrêter une hémorragie dans le cas où elle viendrait à se produire. Il laisse, entre les deux moignons, une petite ouverture pour le passage d'un drain en T, dont l'extrémité libre, faisant issue hors de la vulve, est entourée d'ouate salicylée. Cette ouate est enlevée lorsqu'elle est souillée; la malade est d'ailleurs laissée à elle-même. Les sutures sont enlevées au bout d'une quinzaine de jours.

Le principal danger de l'opération gît dans le glissement des ligatures du ligament large. Il est fort difficile d'arrêter l'hémorragie de l'artère utérine ou de l'artère utéro-ovarienne, car le lambeau se rétracte habituellement dans ces cas, et le sang coule alors dans la cavité abdominale.

Schrœder a perdu sept malades sur vingt-trois opérées. Cette statistique lui paraît mauvaise, et il est convaincu que les résultats deviendront bien meilleurs lorsque les procédés seront perfectionnés. L'opération ne garantit pas sûrement contre la récidive, mais si elle survient, on a la consolation de penser que la malade souffrira beaucoup moins que si l'on avait laissé le mal à lui-même.

Olshausen. — Opère comme Schrœder dans ses premiers cas; seulement, il emploie, comme Coudereau, la ligature et le serre-nœud de Cintrat. Il fait une ligature en masse élastique, et des ligatures isolées au fil de soie. Il laisse ouvert le repli de Douglas, il fait de l'irrigation et du drainage, et met dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Czerny. — Renverse l'utérus soit en arrière, soit en avant,

après ouverture du péritoine. Il suture la plaie et met deux drains latéraux. Il emploie l'écraseur à fil de fer.

Billroth, Wolfler et Mikulicz opèrent à peu près de la même façon.

Billroth pratique des lavages répétés du vagin plusieurs jours avant l'opération. Il fait un tamponnement phéniqué du vagin, et un raclage de toutes les parties molles et friables qui nuiraient à l'opération et qui risqueraient d'infecter le péritoine, surtout si l'on opérait en faisant basculer l'utérus. Il proscrit l'emploi des éponges, et il se sert uniquement d'ouate phéniquée. L'incision du périnée peut être faite, si elle est nécessaire. Incision du vagin à un centimètre au moins des parties malades. Il commence l'incision du péritoine par le cul-de-sac antérieur, et il protège la vessie en introduisant une sonde dans sa cavité. Il termine l'opération en établissant l'irrigation continue et en pratiquant sur l'abdomen une compression notable avec de l'ouate. Billroth laisse le péritoine ouvert; Mikulicz conseille un drainage sérieux.

Martin. — Incision transversale du cul-de-sac antérieur. Il détache la vessie petit à petit et ouvre le cul-de-sac péritonéal. Il ouvre ensuite le replis de Douglas. Jusque-là, opération *in situ*. Renversement de l'utérus en arrière au moyen d'un « levier » spécial. Il pratique éventuellement l'extirpation des ovaires. Réunion de la plaie vaginale et péritonéale par des sutures profondes et nombreuses. Nettoyage des replis de Douglas, qu'il draine.

Von Teuffel. — Isole le col utérin d'abord en avant, puis en arrière. Il dissèque ensuite les tissus péri-utérins, renverse l'utérus soit en avant, soit en arrière, sectionne les ligaments larges, enlève les ovaires et suture le péritoine. Il éponge avec soin le repli de Douglas, fait pendre les drains et les fils à ligature jusqu'à l'extérieur. Il emploie comme antiseptique l'eau chlorurée et le chlorure de zinc à 8 °/₀.

Bottini emploie l'anse galvano-caustique. Il opère, du reste, comme Czerny et Schrœder. Il draine la cavité de Douglas.

Anderson a laissé une opération inachevée. Il sépare la vessie

et le rectum de l'utérus avec le couteau galvano-caustique ; il place deux fils métalliques autour du ligament large : l'un est attaché à un écraseur, l'autre à un appareil galvano-caustique. La section se fait immédiatement.

Simpson. — Ouverture du vagin, d'abord devant, puis derrière, puis du cul-de-sac de Douglas et des replis péritonéaux antérieurs, avec le thermo-cautère. Abaissement de l'utérus, ligature en masse des ligaments larges. Section sagittale de l'utérus sur la ligne médiane. Ligature définitive des ligaments. Enlèvement des deux moitiés de l'utérus. Drainage en T du repli de Douglas. Mort par hémorragie après dix-huit heures par la surface cautérisée de l'espace de Douglas.

Fenger. — L'opérée de Fenger était malade depuis huit mois; le fond de l'utérus était augmenté de volume, il existait une infiltration non tangible des ligaments larges, de la vessie, du rectum et du vagin. Ouverture des plis antérieurs du péritoine, ligature en masse des ligaments avec les aiguilles à anévrismes ou avec la sonde de Belloc. Séparation de l'utérus sur place et suture de la plaie. Irrigation permanente à l'aide d'un appareil très compliqué.

La vessie fut ouverte pendant l'opération, et il y eut une cystite passagère. Il pratiqua des irrigations constantes. Une fistule vésico-vaginale persista après l'opération, et s'oblitéra spontanément quatre semaines après. La guérison fut complète.

Il y eut prolapsus des intestins par la plaie. C'est un des cas très rares où cet accident se soit produit.

Cushuig (1). — Il fait une première opération par la méthode de Freund, suivie de mort.

Une seconde malade, traitée par la méthode vaginale, guérit : l'auteur pratique la ligature préalable des artères utérines avant d'avoir fait aucune incision. Il saisit l'utérus avec une pince, et l'abaisse un peu, mais pas assez pour modifier la position des organes. Il lie l'artère utérine avec une aiguille courbe,

(1) *American Journal,* april 1882. Philadelphie.

courte et forte, portée sur une pince à aiguille ; cette aiguille est introduite en bas et en arrière, à un quart de pouce du col, et en comprenant autant de tissus que possible dans son trajet. Quand la ligature fut ainsi établie des deux côtés, l'utérus fut séparé de la vessie avec de longs ciseaux courbes. Le cul-de-sac de Douglas fut alors ouvert de la même façon. Le fond de l'utérus fut alors abaissé avec une pince, et renversé jusqu'à ce que les trompes de Fallope et la partie supérieure des ligaments larges fussent arrivées à portée ; une ligature fut passée autour de cette portion des ligaments larges qui contient l'artère utéro-ovarienne. Tout le sang arrivant à l'utérus fut ainsi arrêté, et l'organe fut alors remis dans sa position normale. Il fut abaissé à l'aide d'une pince et enlevé avec des ciseaux, en ayant soin de raser le col.

Une légère hémorragie se montra dans le ligament large du côté droit ; elle fut facilement arrêtée par une ligature appliquée avec l'aiguille et le porte-aiguille. La plaie ne fut pas suturée, afin d'assurer un parfait drainage. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie. On fit des injections vaginales antiseptiques tous les deux ou trois jours, et il ne s'écoula que fort peu de liquides sans mauvaise odeur.

La guérison arriva rapidement ; les ligatures tombèrent au bout de quatre semaines, sauf une, qui fut enlevée avec assez de peine. Quatre mois après l'opération, il n'y avait pas de récidive.

Hahn opère comme Billroth. Pas de suture ni de drainage. Poudre d'iodoforme dans le repli de Douglas et dans le vagin. Tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Tiersch opère *in situ*. Il pratique la ligature en masse au moyen des bobines d'ivoire ou de métal, indiquées par lui. Pas de suture péritonéale ni de drainage. Il bouche le repli de Douglas et le vagin avec de la gaze iodoformée.

Coudereau indique un procédé qu'il n'a essayé que sur le cadavre.

L'utérus est saisi avec l'endoceps et attiré aussi bas que possible à la vulve. Il s'assure alors des rapports de la vessie à l'utérus en

introduisant le doigt dans le canal de l'urètre, et il fait alors une incision circulaire du vagin, en ayant soin de la pratiquer au-dessous du point où l'on constate la présence de la vessie, et en ménageant en arrière le cul-de-sal péritonéal qui tapisse la paroi vaginale. On dissèque, en avant et sur les côtés du vagin, avec les doigts et le manche du bistouri, et on détache ainsi la plus grande partie des adhérences cellulaires du péritoine avec le bas-fond de la vessie et la face antérieure de l'utérus. Pendant ce temps, un aide écarte les bords sectionnés du vagin avec des pinces ; un autre aide tire sur l'endoceps, et, par cette traction continue, maintient le champ opératoire en vue, et finit par relâcher considérablement les adhérences à la face postérieure de l'utérus. On cherche alors à faire basculer l'utérus en avant. Il faut surveiller la vessie, qui pourrait prolaber et être entraînée au dehors avec le fond de la matrice. On s'aide, pour ce temps, d'une forte pince de Museux, implantée sur la face antérieure de l'utérus. Une anse métallique est alors posée autour de la matrice et serrée avec le serre-nœud de Maisonneuve. Une broche en fer est alors placée en travers du pédicule, et un deuxième serre-nœud est appliqué en arrière de la broche. La matrice est détachée au moyen du serre-nœud, et il pratique la suture du vagin en procédant d'avant en arrière ; quatre à cinq points métalliques suffisent. Il plante alors une forte épingle, qui traverse la paroi vaginale gauche, le pédicule et la paroi vaginale droite, puis, sur cette épingle, il fait la suture entortillée.

Dangers et difficultés de l'opération. — Nous avons signalé plusieurs des incidents qui peuvent entraver la marche et le succès de l'opération ; nous allons les réunir en un faisceau.

Je crois qu'une étude ainsi conçue pourra, bien mieux que les statistiques, permettre de porter un jugement sur l'hystérectomie. Les statistiques sont sujettes à mille causes d'erreur, et bien que, dans notre cas, elles donnent un nombre de guérisons beaucoup plus considérable à la méthode vaginale qu'à la méthode abdominale, je me laisserai plutôt convaincre par l'étude

raisonnée des accidents qu'évitent ou que peuvent amener, d'un côté, la laparohystérectomie, de l'autre la kolpohystérectomie.

Accidents immédiats. — Le ramollissement et la destruction du col amène de grandes difficultés : les pinces ne peuvent prendre un point d'appui solide, et l'abaissement de l'utérus devient fort difficile. L'emploi de l'endoceps est indiqué. Dans le cas où on pourrait l'utiliser, il faudrait s'efforcer d'inciser le cul-de-sac antérieur, pour arriver à des portions solides et intactes ; un abaissement moyen suffit pour l'incision des culs-de-sac, et l'on pourra réussir de cette façon. Remarquons, du reste, que les cas où l'on opèrera avec un col entièrement détruit ou ramolli seront très rares, car, dans les formes molles du cancer, l'invasion complète du col sera presque toujours accompagnée de lésions des parties avoisinantes, d'où contre-indication à l'opération.

Un accident qu'il faut éviter, est le déchirement de l'organe au moment où on l'abaisse ; il peut se produire aussi lorsqu'on le fait basculer ; le tissu de certains cancers est, en effet, très friable, et pour éviter cet accident, qui provoque toujours une hémorragie abondante, et qui peut gêner beaucoup la terminaison de l'opération, il faudra avoir soin d'augmenter le nombre des pinces sur lesquelles on opère les tractions, et en les plaçant toujours le plus haut possible.

Des *adhérences* peuvent, par leur nombre et leur ténacité imprévus, créer de graves difficultés. A mon avis, si on a la certitude que l'utérus seul est atteint et que l'on puisse obtenir un abaissement suffisant pour inciser les culs-de-sac, on doit continuer l'opération *in situ* par l'un des procédés que j'ai indiqués. Il est bon de remarquer que la méthode vaginale présente un avantage : jusqu'à l'incision des culs-de-sac péritonéaux, elle ne présente presque aucune gravité, de sorte que si, chemin faisant, on s'aperçoit qu'il y a contre-indication à l'extirpation, on peut abandonner l'opération sans regretter d'avoir inutilement exposé la malade aux accidents qui peuvent suivre l'ouverture du péritoine. On pourrait limiter aussi l'opération à une simple amputation du col.

La *blessure des organes voisins* est moins à redouter qu'on ne pourrait le penser. Il est difficile d'atteindre l'uretère dans une hystérectomie normale. Je ne crois pas que cet accident soit arrivé encore, et cependant il est mentionné dans plusieurs auteurs qui ont traité de la question. Cette crainte exagérée vient sans doute de ce qu'on a coupé l'uretère en pratiquant la laparohystérectomie. Si l'on suit le manuel opératoire que nous avons indiqué, cet organe ne devra pas être vu.

La vessie, le rectum, sont plus faciles à atteindre. Une petite plaie de ces organes ne présenterait pas une grande gravité ; il suffirait de pratiquer une suture et de placer une sonde à demeure dans la vessie.

Le *prolapsus de l'intestin* et de l'épiploon est signalé comme possible ; or cet accident n'est arrivé qu'à Sauter, on sait dans quelles circonstances, et à Fenger. Jamais pareil accident n'arrivera si la malade est bien anesthésiée. Dans plusieurs opérations, j'ai aperçu l'intestin au fond de la plaie ; mais il n'a jamais eu de tendance à s'échapper.

L'*hémorragie* présente plusieurs dangers. Primitive, elle gêne considérablement, et quelques précautions que l'on prenne, le cul-de-sac de Douglas sera toujours envahi par le sang. On ne saurait apporter trop de soins au nettoyage de ce cul-de-sac. Il est vrai que, grâce au pansement antiseptique, des caillots de sang peuvent être résorbés et ne causer aucune inflammation ; mais on devra toujours éloigner une cause possible de phlegmasie. Grâce à la ligature de l'artère utérine dès le début de l'opération, on se mettra en garde contre une hémorragie abondante, et, s'il y a quelque écoulement sanguin, il sera peu considérable. Autant que possible, il faudra lier les artères à mesure qu'elles seront sectionnées et directement ; j'ai déjà signalé l'inconvénient des ligatures en masse qui ne mettent jamais absolument à l'abri des hémorragies postopératoires. Une hémorragie se déclarant une fois le pansement fait, s'écoulera dans le vagin, si l'on a eu le soin d'établir un drainage convenable ; mais il sera toujours fort difficile de l'arrêter, et la destruction des sutures, jointe aux

tiraillements imposés aux ligaments larges, exposeront la malade aux plus graves dangers. Si l'hémorragie se fait jour dans le péritoine, on ne la diagnostiquera pas, car elle ne sera pas assez abondante pour donner lieu aux symptômes habituels des grandes pertes de sang ; elle ne se manifestera que par les douleurs et par les autres signes de la péritonite.

La *péritonite* sera toujours, avec le collapsus, le danger principal des opérations pratiquées sur le péritoine. Ici elle sera beaucoup moins à redouter ; je crois qu'une des principales causes de la péritonite opératoire provient des contacts que l'on fait subir au péritoine, soit avec les doigts, soit avec les éponges. Une éponge ou une flanelle, comme on en emploie dans les ovariotomies, attaquent la délicate couche épithéliale qui tapisse le péritoine et prennent une part à la production de l'inflammation. L'air, surtout s'il n'est pas à une température élevée, est aussi une cause active d'inflammation. Tous ces éléments se trouvent réduits au minimum dans l'opération par la voie vaginale. Enfin, on devra, pour laver le péritoine, user d'une solution phéniquée très faible ; l'eau phéniquée à $^{10}/_{1000}$ est suffisante.

En somme, la kolpohystérectomie sera beaucoup moins grave que l'ovariotomie ou la laparohystérectomie, si l'on ne considère que les lésions du péritoine. Nous allons, du reste, comparer les deux méthodes d'extirpation de l'utérus, et nous étudierons les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

CHAPITRE V

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — COMPARAISON DES DEUX MÉTHODES. — STATISTIQUES. — RÉCIDIVE.

J'ai tâché de justifier l'intervention radicale dans le cancer utérin, remettant le choix de la méthode au moment où le manuel opératoire serait connu. Je vais en quelques mots rappeler le procédé de Freund, qui, le premier, a remis l'hystérectomie en honneur. La description de ce procédé se trouve dans *Sammlung Klinischer Vortrage* (1878).

1er *Temps.* — Incision de la ligne blanche, du pubis à quelques centimètres de l'ombilic. On évite l'issue des intestins avec des flanelles imbibées d'eau phéniquée. On relève la masse intestinale pour découvrir l'utérus, que l'on saisit et que l'on traverse d'un fil pour l'attirer en haut.

2e *Temps.* — Ligature des ligaments larges en trois temps. Section de ces ligaments.

3e *Temps.* — Section du péritoine des culs-de-sac, détachement de la vessie, incision circulaire de la partie supérieure du vagin; l'utérus est enlevé et les fils à ligatures passés dans le vagin, où on les laisse pendre.

4e *Temps.* — Suture de la plaie : on a grand soin de réunir exactement le péritoine. La plaie de l'abdomen est suturée au fil d'argent. — Pansement de Lister.

Telle quelle, l'opération de Freund présentait de grandes difficultés ; ses imitateurs ont presque tous modifié le procédé primitif. — Crédé pratique l'incision abdominale comme Freund, fixe le péritoine à la plaie cutanée, fait sortir douze circonvolutions intestinales qu'il enveloppe dans du makintosch, pour mettre l'utérus à découvert. Il traverse l'utérus avec un fil, lie les ligaments larges et extirpe les ovaires après ligature. La plaie du vagin est réunie par trois pinces à ligatures laissées à demeure et pendant dans le vagin. Pas de drain. — Mort le deuxième jour.

L'hystérectomie se compliquait de nombreux accidents, tels que la ligature des uretères, la blessure de la vessie et du rectum, etc., malgré les nombreuses modifications apportées au manuel opératoire. On avait les plus grandes difficultés à bien découvrir l'utérus, et le pubis gênait toujours les manœuvres. Crédé eut alors l'idée de réséquer cet os, détruisant ainsi presque toute la hauteur de la symphyse ; la mort arriva dix heures après l'opération. — Massari cathétérise les uretères avec des sondes en gomme, qu'il laisse pendant toute la durée de l'opération.

Czerny avait blessé les uretères, lui aussi, et accusait l'opération de prédisposer à une facile infection du péritoine et au collapsus, dus à l'exposition prolongée des intestins à l'air.

Nous n'indiquerons les autres modifications apportées à l'opération de Freund que pour montrer l'insuffisance absolue de la méthode abdominale qui pèche par son principe même. Spiegelberg élève l'utérus dans l'abdomen en plaçant un pessaire dans le rectum. Kuhn le place dans le vagin. Baum met le doigt dans la vessie pour l'attirer en avant pendant sa dissection. Freund pratique la ténotomie des muscles droits chez les femmes à abdomen peu développé et supprime le spray phéniqué, qui intoxique et irrite le péritoine en le refroidissant. Schrœder rend l'utérus exsangue en le saisissant avec une pince spéciale, etc. Enfin, on pratique une méthode mixte en isolant le col par la voie vaginale et en terminant l'opération par l'abdomen ! Breisky, innovateur de ce procédé, tenait étrangement à la méthode de Freund pour vouloir ainsi la conserver quand même.

La lutte énergique des défenseurs de la méthode de Freund est fort intéressante, et M. Schwartz (*Rev. de chir.*, 1882, p. 486) nous en raconte toutes les péripéties. C'est à son travail que j'emprunte les détails qui précèdent. Elle fait l'éloge de la persévérance de ces chirurgiens, mais elle condamne leur méthode, car les statistiques restent toujours aussi désastreuses.

Aujourd'hui, l'hystérectomie de Freund est repoussée à raison par l'immense majorité des chirurgiens. Il suffit de pratiquer l'opération sur le cadavre pour se rendre compte des difficultés considérables qu'elle amène : le champ opératoire est beaucoup plus éloigné que dans la kolpohystérectomie ; on aura toujours à craindre la chute de la masse intestinale, ou son issue violente hors de l'abdomen ; on éprouvera beaucoup de difficultés à inciser et à disséquer les culs-de-sac avec sécurité, sans risquer de léser la vessie ou le rectum. L'hémostase sera très pénible et la ligature des ligaments beaucoup moins sûre. Voilà pour les dangers immédiats, mécaniques de l'opération.

Les dangers d'ordre physiologique sont beaucoup plus grands. Personne ne pourra contester la gravité d'une double plaie faite au péritoine. En outre, les intestins resteront exposés à l'air et au contact des linges un temps quelquefois très considérable : l'opération de Freund dure deux heures au moins, et toutes les précautions possibles n'arriveront jamais à éviter le contact toujours dangereux de l'air, le refroidissement et l'irritation mécanique des linges et des doigts. Ceux qui ont comparé la laparohystérectomie à l'ovariotomie ont eu tort. Dans l'ovariotomie, on aura rarement à toucher aux intestins (sauf dans les kystes avec adhérences épaisses), et le rôle des aides consiste le plus souvent à maintenir les intestins dans l'abdomen en appuyant les mains sur les bords de la plaie. — On a voulu éviter le temps, si pénible, de la ligature des ligaments larges, en réunissant l'opération de Freund à celle de Récamier. Les résultats n'ont pas été meilleurs, et je ne pense pas qu'un chirurgien sans parti pris, ayant fait le plus difficile de l'hystérectomie vaginale, ait l'idée, alors que

l'utérus est presque entièrement détaché, d'ouvrir largement l'abdomen pour achever son extraction.

L'hystérectomie abdominale, dit-on, permet de mieux enlever les parties malades ; c'est vrai, et si on admettait la possibilité d'enlever avec l'utérus le ligament large, les ovaires et toutes les parties avoisinantes, l'opération de Freund pourrait être justifiée.

Mais j'ai posé des limites que je considère comme infranchissables, si on veut rester dans le domaine de la saine chirurgie. On devra borner l'hystérectomie aux cas où l'utérus seul est atteint, et cette règle ne souffre d'autre exception que pour le vagin, lorsqu'il est atteint seulement dans sa portion supérieure, et pour la zone de ligament large tout à fait voisine de l'utérus : l'ovaire, une partie de la trompe même peuvent être enlevés, ainsi que la région des ganglions située au niveau des angles de la matrice (1). Or, la voie vaginale permet d'enlever toutes ces portions, si elles sont malades, plus facilement que la laparohystérectomie. L'ovaire vient souvent se présenter au fond de la plaie; aussi les chirurgiens qui, à raison, seront arrêtés par des lésions plus étendues que celles que nous venons d'indiquer, ne trouveront, à l'opération de Freund aucun avantage capable de compenser ses graves inconvénients. Je pense que tout le monde s'accordera à proclamer l'imprudence des tentatives d'extirpation des ganglions carcinomateux, situés en dehors de la zone immédiatement périutérine.

Je crois inutile d'insister plus longtemps sur les dangers et les inconvénients de l'opération de Freund. Je renverrai simplement aux statistiques. Elles sont toutes très désavantageuses, et on en concluera certainement contre l'intervention au moyen de cette méthode.

La statistique d'Osterlah, de Dresde, complétée de tous les cas recueillis dans les revues allemandes (Thèse de Picqué), mentionne 54 opérations, 36 morts, 16 guérisons — soit 66 °/₀ de

(1) J'ai déjà dit qu'à ce point de la maladie, l'hystérectomie ne présente plus de sécurité. On s'expose beaucoup en agissant dans des cas aussi avancés.

morts. Freund, dans cette statistique, a fait 14 opérations, et a eu 8 morts et une opération inachevée. — Une autre statistique du même auteur donne 88 °/₀ de mortalité.

Olshausen a réuni 94 cas d'opérations de Freund; il a compté 24 guérisons, suivies presque toujours de récidive rapide. Dans 6 cas il y a eu lésion des uretères. — Soit 75 °/₀ de morts. (Voir Spencer Wells.)

Un assistant de Freund, Bruntzell, juge ainsi la laparohystérectomie (1) : On ne peut comparer l'hystérectomie à l'ovariotomie. Presque toujours plus longue, elle nécessite une double ouverture au péritoine, des ligatures, la mise à l'air des intestins, toutes conditions propres à choquer le malade; les uretères sont difficiles à éviter. *En somme, il considère l'opération de Freund comme une opération palliative des plus dangereuses.*

Comparons ces résultats à ceux de la kolpohystérectomie, et nous verrons que, alors que l'opération de Freund sauve à peine un tiers des malades, celle de Récamier donne deux tiers de succès.

Il m'a été impossible de vérifier, aux sources mêmes, toutes les indications que j'ai trouvées dans les différents travaux que j'ai lus. Plusieurs des résultats généraux que j'ai entre les mains font, très probablement, double emploi. On pourra constater, cependant, que le °/₀ est presque partout égal, à peu de chose près. — J'ai réuni 109 cas, qui ont donné 73 guérisons et 35 morts, soit en chiffres ronds les deux tiers de guérisons. J'ai pris pour base du tableau statistique suivant, celui de Schwartz, que j'ai complété des nouvelles opérations pratiquées depuis la publication de son article :

(1) *Arch. für gynœcol,* vol. 14, 1879, p. 148.

OPÉRATEURS et INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	MORTS	GUÉRISONS	RÉCIDIVES	OBSERVATIONS
Czerny. Wiener Medizinische Wockenschrift; 1879	»	2	5 mois après.	On lia la vessie pendant l'opération.
Baum. Centralblatt für chirurgie, nº 44; 1880.	2	2	»	Une des opérées mourut de collapsus dix-huit heures après l'opération. — L'autre d'hémorragie; l'opération était incomplète.
Paulik. Centralbatt für chirurgie, nº 20; 1880	»	1	»	»
Mikulicz et Wollfler Billroth). Wiener medizinische Wockensfrift, 1880-1881.	3	4	4 récidives rapides.	Les trois morts sont toutes dues à la péritonite.
Bompiani. Gaz. medica di Roma, nº 6; 1881.	1	»	»	Mort par hémorragie, après vingt-quatre heures.
Novaro. Indépendante, nº 7; 1881.	1	»	»	Mort par collapsus, après vingt-quatre heures.
Azzio Caselli, cité par Bompiani.	1	»	»	Rupture d'un abcès de l'ovaire dans le péritoine.
Bottini. Li Sperimentale, p 670; 1881.	»	2	»	»
Martin. Congrès des chirurgiens allemands; Berlin, 1881.	6	6	»	Plusieurs opérations inachevées.
Schrœder. Zeitschfrift für geburtshilfe und gynœcologie, t. VI, fasc. 2.	1	7	»	Observées très peu de temps après la guérison.
Olshausen	7	17	»	»
Muller. Centralblatt für gynœcologie, 25 février 1882	1	»	»	Mort par hémorragie.
Kocher. Revue médicale de la Suisse romande, nº 11, 1881.	»	1	»	»
Von Teuffel Zeitschrift für geburtshilfe und gynœcologie, 1881.	3	2	1 récidive rap.	Trois morts rapides.
P.-S. Guarneri (*Bottini*). Gazetta degli ospitali, nº 13; 1882.	»	1	»	L'auteur fait observer l'absence de récidive dans les trois cas jusqu'ici opérés par Bottini.
Lane. San Francisco Pacific. med. and. Surg. journal; april 1880.	»	1	»	C'était un cancer récidivant; on avait déjà enlevé le col, pas de suture du péritoine.
Moricke. Verhendlung der Gesellschafft für geburtshilfe und gynœcologie; Berlin, 25 janvier 1881.	»	1	»	En voie de guérison seulement, quand l'observation a été publiée.
Mac-Cormac. Lancet, janvier 1882.	»	1	»	Pas de suture du péritoine; drainage du bassin; en voie de guérison.

(*Suite*).

OPÉRATEURS et INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	MORTS	GUÉ-RISONS	RÉCIDIVES	OBSERVATIONS
Haidlen. Stuttgard.	3	4	»	»
Causini.	»	1	»	»
Solovieff.	»	1	»	»
Staude.	»	9	Cinq récidives; un cas est resté un an sans récidive.	»
Cushing. American Journal, april 1884.	»	1	Pas de récidive après quatre semaines	Ouverture de la vessie; guérison spontanée de la fistule vésico-vaginale.
Fenger.	»	1	»	Guérison complète après quatre communes.
Tarsini.	»	1	»	»
Bauer.	2	2	»	»
Kaltenbach.	»	1	»	»
Bardenheuer.	1	»	»	»
Dupont. Rev. méd. de la Suisse romande, octobre 1882.	»	1	»	»
Demons.	2	2	»	»
Dudon.	1	1	»	»
Mandillon.	»	1	»	»
Total......	35	74		

109 opérations : 32,1 % de morts, 67,9 % de guérisons.

Haidlen a réuni 59 cas, avec 34 % de morts. Deux fois on a ouvert la vessie, et il n'y a jamais eu de blessure de l'uretère.

Olshausen cite 44 opérations vaginales avec 29 guérisons, 12 morts et 3 opérations incomplètes, soit 33 % de morts.

Staüde (1), qui a pratiqué 9 opérations avec succès, en cite 35 avec 23 guérisons.

On voit qu'en somme une malade succombe sur trois; l'hystérectomie est donc une opération sérieuse. Mais, en présence de la gravité de la maladie contre laquelle elle est dirigée, n'est-on pas

1 *Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1884.

autorisé à employer des moyens énergiques? Il est évident que, en présence de la probabilité, de la certitude même d'une récidive plus ou moins éloignée, un chirurgien prudent ne voudra plus se compromettre à pratiquer l'opération de Freund; la récidive arrivera tout aussitôt, et il verra succomber les deux tiers de ses malades à l'opération. En pareil cas, le résultat moyen serait d'abréger la vie des malades. — La kolpohystérectomie donne des résultats beaucoup plus encourageants; telle qu'elle est aujourd'hui, elle n'est pas plus mortelle qu'une foule d'autres opérations classiques.

Enfin, comme le fait remarquer Sanger, notre opération est toute nouvelle; elle est en voie de perfectionnement, elle est encore à l'étude, et les opérateurs qui l'ont pratiquée ont été obligés de tâtonner et d'ouvrir une voie nouvelle à la chirurgie; de là des erreurs, des fautes, provenant du manque de règles précises. Sanger prédit de meilleurs résultats à mesure que l'expérience augmentera. — La grande difficulté sera toujours dans le choix des cas favorables à l'intervention; tant qu'on ne saura pas s'enfermer dans de sages limites, tant qu'on ne repoussera pas énergiquement tous les cas où la néoformation a dépassé l'utérus, on aura des opérations pénibles, impossibles, amenant la mort immédiate, ou appelant une récidive rapide, si la malade ne succombe pas à l'opération.

Ainsi comprise, l'hystérectomie est, je crois, une opération utile, et elle mérite certainement d'être étudiée. Elle a malheureusement contre elle la funèbre renommée de l'hystérectomie abdominale, et j'ai entendu condamner l'opération de Récamier par des chirurgiens qui, bien certainement, la jugeaient en la confondant avec celle de Freund. — La kolpohystérectomie fut condamnée brutalement par l'Académie après les belles opérations de Récamier; espérons qu'aujourd'hui les nombreuses opérations et les succès notables de nos voisins tireront les chirurgiens français de leur indifférence.

Quelques mots à présent de la *récidive;* c'est là une grave ques-

tion. Quelle survie peut-on espérer donner aux opérées? Là se trouve la raison d'être de l'intervention radicale.

Gusserow, parlant de la période de non récidive après les amputations partielles, l'évalue à une durée de quatre à trente mois; Lebert et West, à seize ou dix-huit mois; Simpson, à deux ans; Barker, à trois ans; Courty mentionne des opérées ayant survécu sept ou huit ans.

Sanger nous donne un tableau de cas d'hystérectomie où l'époque de la récidive est indiquée; le voici :

ÉPOQUE DE LA RÉCIDIVE ET DURÉE DE LA SURVIE (SANGER).

	Opérateurs.	Nombre.	Sans récidive pendant
1	Schrœder	1	20 mois.
2	—	2	18 —
3	Czerny	1	19 —
4	A. Martin	1	18 —
5	V. Teuffel	1	18 —
6	Olshausen	Une série de cas.	15 —
7	J. Veit	1	9 —
8	Bottini	1	6 —
9	Czerny	1	6 —
10	Sanger (de Leipzig)	1	6 —
11	Bolling	1	6 —
12	Czerny	1	5 — (1)
13	Stark	1	3 —

En moyenne 11 mois 1/2.

(1) Morte de néphrite caséeuse et d'abcès périnéphrétique.

	Opérateurs.	Nombre.	Récidive.	Mort.	Observations.
1	Czerny	1	5 mois.	18 mois.	Extirpation part. de la récidive.
		1	10 —	? —	
2	Olshausen	1	»	19 —	
		2	»	17 —	
3	Tiersch	1	»	13 —	
4	Sanger	1	5 mois.	10 mois $^1/_2$	Généralisation.
5	Schrœder	1	4 —	8 —	
6	Billroth	2	3 —	»	Il est à supposer que l'on a laissé beaucoup de la néoformation.
		2	4 semaines.	»	
7	V. Teuffel	1	6 —	2 mois.	

Ce qui donne une moyenne d'environ quatre à cinq mois pour la récidive, et de six à sept mois pour la mort.

Dans la première série, la moyenne de la période de non récidive est de 11 mois $^1/_2$; dans la seconde, elle est beaucoup plus courte, et ne dépasse pas quatre à cinq mois. Comment expliquer ce résultat, qui paraît défavorable à l'hystérectomie? Je pense que cette opération n'étant pas encore répandue, a été trop souvent employée en désespoir de cause, alors que les amputations partielles n'auraient plus suffi; on lui a réservé des cas désespérés pour la mettre à l'épreuve, et on a eu de mauvais résultats; peut-être aussi a-t-on mis une confiance trop grande dans la nouvelle méthode : quelle que fût la cause première, le résultat ne pouvait pas être favorable. Il me paraît évident, par exemple, que le cas de Billroth et celui de von Teuffel, *récidivant,* l'un à la quatrième semaine, l'autre à la sixième, n'ont pas récidivé du tout : le mal n'a pas été complètement enlevé, et il n'a fait que continuer sa marche. — Nous trouvons, dans la première série, un groupe de sept cas restés sans récidive pendant une période de quinze à vingt mois; ce sont là des résultats que je considère comme excellents, et je crois fermement que la kolpohystérectomie, bien appliquée, ou mieux appliquée à temps, donnera plus tard, régulièrement, des résultats meilleurs encore. Telle est l'opinion de Schrœder. « Nous avons cependant la consolation, dit-il, après avoir énuméré les accidents de l'opération et les récidives fréquentes, d'avoir pratiqué une opération suivant les règles de l'art. Son pronostic s'améliorera, surtout lorsque l'opération sera pratiquée radicalement et de bonne heure. Enfin, s'il y a récidive, la malade souffre moins pour mourir, car la récidive ne siège pas ordinairement dans la plaie; on évite ainsi les douleurs atroces du cancer ulcéré. »

Ceci est parfaitement exact; une malade atteinte de cancer généralisé s'éteindra, minée par la cachexie, et si elle souffre, les douleurs seront causées en général par l'ulcération du cancer primitif.

Olshausen, qui a opéré vingt-quatre malades, a eu dix-sept décès; sur ce nombre deux n'ont pas eu de récidive dans l'année, et deux autres n'avaient aucune lésion après deux ans.

La première opérée, de M. Dudon (observation II), est aujourd'hui indemne, seize mois après l'opération.

Ces survies prolongées sont donc possibles, et comme, d'un autre côté, l'opération en elle-même deviendra de moins en moins grave, à mesure qu'elle se perfectionnera, je conclus en faveur de l'extirpation totale par le vagin.

OBSERVATIONS

Observation I

Extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour un carcinome. Guérison.

Par M. le D[r] Albert Demons.

Jeanne N..., trente ans, entre, le 27 septembre 1882, à l'hôpital Saint-André, salle 2, lit n° 2, dans le service de M. le docteur Demons.

Elle ne se souvient pas de l'époque à laquelle elle a été réglée. Pas d'antécédents de famille. Elle a toujours joui d'une bonne santé. D'un tempérament sec et nerveux, elle était vigoureuse. Elle a eu quelques pertes blanches, mais jamais au point de constituer un état pathologique. La menstruation a toujours été régulière. Elle a eu des rapports sexuels à dix-huit ans. Rien de notable. Il y a dix mois, elle a fait une fausse couche de cinq mois et demi, sans complications. Elle est restée au lit quinze jours seulement. Elle ne s'est sentie malade que le mois d'août dernier ; mais, en l'interrogeant, on apprend que depuis deux ans elle avait des pertes blanches très abondantes, sans douleur aucune et sans retentissement sur la santé.

Depuis un an seulement, elle a commencé à souffrir ; les pertes blanches ont continué, mais à certains moments elles étaient sanguinolentes ; elle a ressenti dès ce moment des douleurs vagues dans l'abdomen, et l'état général est devenu moins bon. Elle a maigri beaucoup.

Au mois d'août dernier, subitement, elle a été prise de douleurs violentes dans le bas-ventre, dans les reins et dans les cuisses. Une métrorragie assez considérable la fit entrer à l'hôpital,

où elle fut admise dans un service de médecine. A partir de ce moment, l'écoulement sanguin s'est confondu avec les règles.

Examinée alors et traitée avec soin, elle ne présentait alors que les lésions de la métrite; tel fut le diagnostic porté avec traitement correspondant. Ce n'est que dans ces derniers temps que le diagnostic a pu être précisé, le col se prenant de plus en plus. Une intervention active étant alors possible, on envoie la malade dans un service de chirurgie.

Etat à l'entrée. — La malade est maigre, mais non en état de cachexie, le teint pâle, mais sans coloration jaune paille.

Au toucher, on constate que le col est augmenté de volume, induré, présentant un orifice agrandi, dans lequel on peut introduire l'extrémité du doigt, et garni de granulations qui saignent au moindre contact. Le museau de tanche est induré, mamelonné ; la lèvre antérieure paraît malade à un plus haut degré.

Les culs-de-sac sont libres. L'utérus paraît être en place. En appuyant sur la paroi antérieure du col à travers le cul-de-sac, on trouve un col volumineux, et mamelonné au-dessus de l'insertion vaginale. On sent deux gros noyaux durs séparés par une rainure longitudinale; l'organe tout entier est mobile, bien séparé de la vessie et du rectum. Le fond de l'utérus, régulier, lisse, dépasse un peu le bord supérieur du pubis. On ne sent pas de ganglions dans l'abdomen. Il n'y a pas de douleur vive limitée au trajet d'un nerf, mais une souffrance généralisée dans tout le bassin, une grande prostration et un affaiblissement notable. La malade refuse d'abord l'opération qui lui est proposée; elle quitte l'hôpital, mais y revient au bout de quinze jours ; elle peut à peine faire quelques pas ; elle est atteinte d'un ictère, produit par la crainte de l'opération. Celle-ci est enfin pratiquée le 9 décembre 1882. On a attendu la disparition à peu près complète de l'ictère.

La malade étant couchée dans la position de la taille, chloroformée, de grands écarteurs ayant été introduits dans le vagin, je saisis le col de l'utérus avec de grandes et minces pinces de Museux, munies de crans d'arrêt, et j'attire lentement le col vers

la vulve. Malgré quelques déchirures partielles, qui nécessitent l'emploi de plusieurs pinces, je réussis dans cette manœuvre, et je passe un gros fil de soie à travers la lèvre antérieure. Ce fil me servira pendant toute la durée de l'opération à retenir l'utérus abaissé; il remplacera les pinces du Museux, qui sont plus gênantes.

Je pratique alors une incision circulaire sur l'insertion du vagin, puis, avec le doigt et des ciseaux mousses, je sépare des parties voisines, en avant et en arrière, le col et la partie inférieure du corps de l'utérus. Ceci fait, j'aperçois à gauche le bord inférieur du ligament large dans lequel un gros vaisseau fait saillie. Avec le porte-aiguille courbe de Küster, je passe un fil de soie à travers le ligament large, et j'en lie à peu près le tiers inférieur, que je détache aussitôt d'un coup de ciseaux qui rase l'utérus. Un second et un troisième fil me servent à étreindre les parties moyenne et supérieure de ce même ligament, que je détache également de l'utérus à coups de ciseaux. Les fils de soie sont coupés au ras des ligatures; ce sont des fils de soie phéniqués. Chemin faisant, j'avais ouvert avec les ciseaux le cul-de-sac vésico-utérin, en me tenant toujours le plus près possible de l'utérus pour éviter d'intéresser les organes voisins, vessie, etc. Je procède pour le ligament large droit comme pour le gauche. L'utérus n'est plus retenu qu'en bas et en arrière; un coup de bistouri boutonné le libère complètement. Une petite artère vaginale a été liée, dans le cours de l'opération, avec un petit fil de catgut.

La quantité de sang perdu a été peu considérable, mais la nécessité d'agir avec prudence, dans une région peu accessible, a exigé pas mal de temps. L'opération a duré une heure vingt minutes.

Les intestins ne font point issue au dehors. Pour les apercevoir tout à fait, on est obligé d'écarter les parois du vagin.

La cavité vaginale ayant été bien nettoyée avec de l'eau phéniquée, j'y introduis un tampon de gaze iodoformée, retenu par un fil, en prenant garde de l'enfoncer trop profondément.

La malade est rapportée dans son lit, avec recommandation expresse de faire le moins de mouvements possible. On pratiquera le cathétérisme.

Samedi, 9. — Jour de l'opération, vomissement verdâtre, dû, selon toute probabité, au chloroforme. La potion opiacée (extrait thébaïque : 15 centigrammes) est vomie. Douleur au niveau de la vulve et des ligaments larges, spécialement du côté droit. Champagne glacé. Injection de morphine : 3 centigrammes. Trois cathétérismes dans la journée. P. 100 ; T. 37°8.

Dimanche, 10. — Vomissement pendant la matinée. Nausées dans l'après-midi ; mieux sensible, la malade cause. Plus de vomissements. Glace et potage froid. Trois cathétérismes. P. 108 ; T. 38°.

Lundi, 11. — Sommeil calme pendant la matinée. Appétit. La malade se sent bien. Le pouls se relève un peu et la douleur abdominale est moins forte. Trois cathétérismes dans la journée. P. 100 ; T. 37°8.

Mardi, 12. — Légère douleur au niveau des ligaments larges. Quelques petits frissons. L'ictère augmente d'intensité. La journée se passe sans phénomènes notables. P. 110 ; T. 38°8.

Mercredi, 13. — Il semble qu'il y ait un peu de mieux ; mais les frissons continuant, on lui ordonne 50 centigrammes de sulfate de quinine. Les frissons persistent dans l'après-midi. P. 112 ; T. 38°8.

Alors se montrent des symptômes de cystite ; même après avoir été sondée, la malade ressent le besoin d'uriner. Je m'aperçois que le tampon vaginal est descendu jusqu'à l'orifice vulvaire, et que, de cette façon, il comprime et agace le canal de l'urètre. La présence de ce corps étranger donne à la malade des rêves érotiques ; à trois ou quatre reprises, elle a des rapports avec un homme, et c'est à la suite d'un de ces rêves que se sont développés des symptômes redoutables de péritonite.

Après avoir nettoyé la partie apparente du tampon avec de l'eau phéniquée, je la saupoudre d'iodoforme, et je remets le tampon en place. Douleur dans la fosse iliaque.

Jeudi, 14. — Les symptômes vésicaux ont diminué. Rien de spécial dans la journée. Elle se plaint de ne pas aller à la selle, et elle dit ressentir de la pesanteur dans le bassin. P. 108 ; T. 38°.

A sept heures et demie, cathétérisme par l'interne de garde. A minuit et demi, je la trouve couchée sur le côté droit ; cathétérisme. Elle commence à souffrir vers une heure. Les douleurs deviennent rapidement atroces ; il lui semble qu'on lui déchire le ventre. A trois heures, je trouve le ventre gonflé, horriblement douloureux ; la malade, sans connaissance, poussant continuellement des cris. Le facies est grippé. Injection de 3 centigrammes $^1/_2$ de morphine.

Vendredi, 15. — Même état ; le ventre est ballonné ; elle ne voit ni n'entend. Glace sur l'abdomen ; morphine, 3 centigrammes ; facies cadavéreux, la mort est imminente. P. 134 ; T. 40°2.

A onze heures et demie, j'enlève le tampon, que je trouve noir et infect, et je fais passer avec l'irrigateur deux litres d'eau phéniquée à $^{10}/_{1000}$, dans le vagin. L'eau sort un peu jaunâtre. Sensation de coït pendant l'opération ; elle crie qu'on s'empare d'elle par force.

A deux heures mieux sensible. La malade parle et reconnaît. Continuation de la glace.

Injection phéniquée le soir.

La nuit est assez bonne, la douleur étant beaucoup moins forte.

Samedi, 16. — Le visage est tiré. Facies grippé. Calomel, 80 centigrammes, en quatre paquets, sans vomissements ; 4 centigrammes de morphine, dans la journée, en deux injections hypodermiques. On laisse la malade uriner seule. P. 128 ; T. 40°.

Dimanche, 17. — Quelques vomissements. Comme la malade se plaint du froid, la glace est supprimée, et remplacée par une vaste onction d'onguent napolitain belladonné. P. 128 ; T. 39°8.

Lundi, 18. — Grand accablement. — On administre un lavement de miel de mercuriale, qui n'est rendu que dans l'après-midi avec quelques matières fécales. La malade s'affaiblit consi-

dérablement; le ventre est très gonflé le soir. Assoupissement continuel. L'œil est un peu hagard. P. 128 ; T. 39°6.

Nuit très mauvaise, A minuit, je la trouve agitée et cherchant à quitter son lit. Elle ne reconnaît personne; le ventre est ballonné. P. 120 ; T. 39°4.

Mardi, 19. — Vomissements verdâtres; selles abondantes. Mieux sensible.

Pendant la nuit le sommeil est agité. P. 120 ; T. 38°6.

Mercredi, 20. — Selles abondantes. Le ventre est assez gros, mais pas très tendu.

La malade prétend ressentir dans l'abdomen des battements analogues à ceux qui précèdent un panaris. Nuit bonne. Selles sans vomissements. P. 108 ; T. 38°4.

Jeudi, 21. — On lui donne tous les jours deux injections. Elles font sortir des débris de membranes; l'un d'eux présente une face lisse appartenant sans nul doute au péritoine. Ces lambeaux sont grisâtres, et paraissent sphacélés. P. 108 ; T. 38°.

Vendredi, 22. — Amélioration.

Le ventre étant moins sensible, on peut palper, et l'on sent une tumeur volumineuse et empâtée dans l'hypogastre, remontant environ à mi-chemin de l'ombilic et du pubis. P. 107 ; T. 37°7.

Le mieux continue.

Lundi, 25. — Volaille.

Le liquide des injections est plus clair, et toujours odorant. La tuméfaction diminue peu à peu.

Le mieux continue. P. 96 ; T. 37°6.

Samedi, 30. — Potion avec laudanum, 15 gouttes. Le ventre est sensible au toucher.

Sueurs dans l'après-midi. Le moindre mouvement répond douloureusement dans le ventre. Facies très fatigué. Crampes d'estomac. P. 98 ; T. 38°4.

Dimanche, 31. — Douleurs moins vives. Sommeil paisible pendant la nuit.

L'abdomen est douloureux au niveau du ligament large.

Deux injections par jour.

Lundi, 1er janvier. — Pommade à l'iodure de plomb, pour éviter la salivation mercurielle, qui avait déjà incommodé la malade.

La température s'abaisse, les douleurs cessent, le mercredi, 3. P. 88 ; T. 37°8.

A partir de ce moment, l'amélioration a fait des progrès très rapides. Il reste un peu d'empâtement du côté du ligament large gauche, mais il diminue peu à peu. La malade se lève, marche d'abord difficilement. Enfin, elle quitte l'hôpital à la fin de février pour aller passer quelque temps à la campagne. Elle ne souffre plus, et mange très bien.

Au commencement du mois d'avril, cette femme vient me revoir; elle se plaint de quelques douleurs dans les fosses iliaques, où je constate un peu de gonflement. Je lui ai recommandé de ne pas user de coït pendant quelque temps ; mais je la soupçonne de ne pas avoir fidèlement suivi mon conseil. Quelques jours de repos au lit calment les douleurs et font disparaître l'engorgement du ventre en même temps qu'ils dissipent un léger œdème du membre inférieur gauche, que la malade a vu survenir quelques jours aprés sa sortie de l'hôpital. Cependant cet œdème a de la tendance à reparaître, si la station debout se prolonge. La malade a accusé aussi des pertes jaunâtres dans le courant du mois d'avril. L'examen, par le toucher et le speculum, fait reconnaître au fond du vagin, sur le point où se trouvait le col, l'existence d'un bourgeon rougeâtre, gros comme une fraise de moyen volume. Sur les côtés, les parois vaginales sont unies par une cicatrice solide. Ce bourgeon est assez dur, un peu douloureux. Est-il le résultat d'une cicatrice encore imparfaite, ou bien constitue-t-il un noyau de récidive? L'avenir nous l'apprendra. Pour plus de sécurité, je l'ai cautérisé deux fois avec le thermo-cautère à la fin d'avril et au commencement de mai. La malade ne se fatigue pas; elle vaque aux soins de son ménage et peut faire de longues courses.

Examen anatomique. — Les lésions organiques ont envahi complètement le col et pénétré plus ou moins loin dans le corps

de l'utérus. L'excision du col, portée aussi haut que possible, eût été insuffisante à enlever tout le mal. D'autre part, les sections faites pour extirper la matrice paraissent avoir porté sur des parties saines.

L'examen histologique a été fait par M. Dallidet, chef de clinique à la Faculté de médecine; il a montré que la tumeur était un cancer encéphaloïde. Le stroma conjonctif est très peu abondant, les cellules sont placées sans ordre dans les mailles qu'il forme. En certains points de la préparation, on voit une seule couche de cellules de forme variable, épithéliales, qui suivent la paroi de la cloison alvéolaire. On voit de nombreuses cellules épithéliales qui s'infiltrent entre les fibres musculaires. Un grand nombre de vaisseaux sont remplis des mêmes éléments.

La malade, sortie de l'hôpital parfaitement guérie, a récidivé six mois après l'opération. Il s'agissait d'une récidive locale, à l'extrémité droite de la cicatrice. Des cautérisations au fer rouge et à l'acide azotique furent employées sans succès. — La malade vit encore, bien que la récidive ait marché sans arrêt.

A chaque époque menstruelle, cette malade a éprouvé de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins; l'hypogastre était légèrement empâté pendant quelques jours.

Ce cas était peut être trop avancé pour promettre un plein succès : l'utérus, bien que mobile encore, n'était pas absolument dans son état normal de suspension. Les accidents doivent être attribués aux causes suivantes (Demons) : Existence d'une plaie ouverte faisant communiquer trop largement la cavité péritonéale avec l'extérieur; abandon trop prolongé d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin, et enfin, peut-être, usage de ligatures perdues avec la soie.

Observation II

(Inédite.)

Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Par M. le Dr Dudon.

Albanie G..., tailleuse, trente-quatre ans, entre le 18 décembre 1882, salle 2 *bis*, dans le service de M. le Dr Dudon.

Pas d'antécédents héréditaires. Le sujet n'a jamais eu de maladie grave, mais a été assez faible. Elle a été réglée à seize ans, et toujours d'une façon très irrégulière : elle restait quelquefois cinq ou six mois sans avoir ses règles. Elle prétend avoir eu, vers l'âge de quinze ans, une tumeur dans la région épigastrique, qui atteignit bientôt la dimension d'un œuf. Cette tumeur rendait la respiration difficile (?).

Albanie se maria à dix-huit ans, et eut bientôt un avortement de cinq mois causé, dit-elle, par une chute. Après cet accident, la menstruation devint plus régulière, quoique peu abondante. Elle reprit ses forces, sa santé devint meilleure, les troubles respiratoires et digestifs qu'elle avait éprouvés autrefois disparurent complètement.

Depuis, elle a eu cinq accouchements à terme. Avant le dernier accouchement, elle a commencé à avoir des pertes blanches abondantes. Elles ont augmenté considérablement après l'accouchement, en même temps que des douleurs ont commencé à se montrer dans le bas-ventre et dans les reins. Les pertes étaient légèrement jaunâtres, mais assez claires et sans odeur fétide, tâchant le linge sans l'empeser.

Peu de temps après l'apparition des pertes blanches, la malade s'aperçut que dans l'intervalle des règles elle avait des pertes rouges composées de sang analogue à celui des règles. Miction et défécation normales.

La malade a eu une dernière grossesse treize mois avant son

entrée à l'hôpital. La leucorrhée et les métrorrhagies n'en devinrent pas plus abondantes. Avortement à cinq mois, à la suite d'un effort; il se fit péniblement, après quinze jours de vives souffrances.

Depuis huit mois, elle a commencé à maigrir; la leucorrhée a augmenté et les pertes sont devenues beaucoup plus épaisses; métrorrhagies plus fréquentes, douleurs beaucoup plus vives dans les reins, le bas-ventre et le haut des cuisses.

Etat actuel. — L'état général est encore assez bon. Les parois abdominales se dépriment facilement; à la palpation, on ne trouve absolument rien d'anormal dans l'abdomen qu'un corps dur, mobile, à face antérieure lisse, situé à quatre travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, les parois du vagin ne présentent rien de particulier. Les culs-de-sacs sont libres, sauf le postérieur, qu'il est assez difficile d'atteindre, car il est masqué par le col, dur, qui forme un bourrelet énorme et très irrégulier. La lèvre antérieure, celle qui a le mieux conservé sa forme, est très augmentée de volume (elle a trois ou quatre fois le volume normal), et elle présente des bosselures nombreuses. De plus, il semble qu'elle se soit dédoublée et qu'on rencontre en avant, dans toute son étendue, une sorte de valve, contre laquelle butte le doigt quand on veut pénétrer dans le cul-de-sac antérieur. La lèvre postérieure n'existe plus, à proprement parler, et, sur un plan beaucoup plus élevé que celui de la lèvre antérieure, le doigt tombe sur une surface très irrégulière présentant des ulcérations. De plus, dans le cul-de-sac antérieur, on sent la face antérieure du corps sur une assez grande étendue. Le doigt se retire enduit d'un liquide sanieux, sanguinolent, d'une odeur *sui generis* caractéristique. En combinant le palper et le toucher, les mouvements imprimés au col se transmettent au corps de l'utérus. — L'examen au speculum confirme les détails révélés par le toucher. Les parois vaginales et le col sont recouverts d'un mucus épais. Le col, aperçu entre les valves du speculum, est très volumineux et montre de nombreu-

ses ulcérations sur la lèvre postérieure ; l'orifice externe du col est largement entr'ouvert.

Ces signes permettent de poser avec certitude le diagnostic de cancer épithélial du col, ayant plus ou moins envahi le corps de l'utérus. L'utérus étant mobile, les culs-de-sac libres et l'état général satisfaisant, l'extirpation totale de l'utérus paraît être le seul mode d'intervention applicable. La malade en accepte la proposition avec courage.

Lavages du vagin avec de l'eau phéniquée les jours qui précèdent l'opération ; la veille, on lui donne une purgation, et, le matin même, on lui administre deux lavements.

Opération (6 janvier 1883).

Pulvérisations phéniquées, avant l'opération, dans l'amphithéâtre. — Anesthésie.

L'utérus est abaissé au moyen d'érignes et de pinces de Museux ; incision autour du col, des insertions du vagin. L'utérus peut alors être abaissé davantage ; le péritoine, qui tapisse l'utérus, est disséqué aussi haut que possible, en avant et en arrière. On aperçoit de chaque côté les ligaments larges intacts, que l'on incise par portions de la façon suivante : on place, à droite et à gauche, des ligatures sur la partie inférieure des ligaments, et l'on sectionne entre les ligatures et le corps de l'utérus. Cet organe a pu s'abaisser davantage ; alors, même manœuvre (ligature et section) à droite et à gauche sur la partie moyenne des ligaments larges. L'utérus s'est encore abaissé, et l'on a pu placer deux dernières ligatures au ras des cornes de l'utérus, comprenant les trompes et les artères utéro-ovariennes ; l'utérus était libre. On aperçoit quelques anses intestinales au fond de la plaie. Deux artères vaginales, qui donnent assez de sang, sont saisies avec des pinces à forcipressure. L'hémostase est assez longue à obtenir. — La suture est pratiquée à la soie phéniquée ; on réunit la lèvre antérieure à la lèvre postérieure, en ménageant de chaque côté une ouverture destinée à laisser passer les drains. On retient ceux-ci avec des fils, qu'on laisse pendre hors du vagin. On applique ensuite un tampon de gaze iodorfomée au fond du vagin.

La malade est rapportée dans son lit, et l'on place sous ses jarrets un coussin assez volumineux. Elle ne se réveille qu'à deux heures de l'après-midi.

10 centigrammes d'extrait thébaïque, en dix pilules; à quatre heures, elle prend un peu de champagne, qu'elle vomit presque immédiatement; glace et eau de Seltz. Les vomissements continuent; vers dix heures du soir excitation vive, que l'on calme avec une injection de morphine.

7 *janvier.* — Bon état. Un peu de douleur au creux épigastrique. Bouillon glacé. Quelques vomissements dans la journée. Pas de gonflement de l'abdomen, ni de douleur à la pression, sauf à la région utérine.

Le soir, injection de 15 milligrammes de morphine. Six cathétérismes dans la journée.

8. — La nuit a été bonne. Bouillon glacé et eau de Seltz. Plus de vomissements; le pouls devient plus fort. Température normale.

11. — T. 38-39°4. Deux selles involontaires dans la journée; quelques coliques passagères. On ordonne la diète (la veille, la malade avait mangé un œuf le matin, et une cuisse de poulet le soir).

12. — On change le tampon, qui présente une coloration noirâtre et qui répand une odeur fétide. Un des drains tombe. Injections phéniquées. On remet le tampon.

13. — Le mieux est marqué. On continue les injections de morphine. T. 37°4.

14. — La température monte un peu (38°8). Pas de douleur.

15. — Le ventre est un peu douloureux à la pression. Pansement : le drain sort avec le tampon. On introduit une sonde de femme dans le cul-de-sac droit, et on évacue ainsi une certaine quantité de pus. Injections phéniquées. On remet le drain et on introduit un tampon de gaze iodoformée.

16. — Pansement. Purgation. Quelques coliques.

19. — T. du soir, 39°6. Léger mal de tête.

20. — Pouls fréquent et petit; céphalalgie intense, langue

sèche. Envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle. Sensation de brûlure pendant la miction, urines rouges et épaisses. Pansement : un peu de pus s'écoule par la sonde introduite dans l'ouverture du drain. Ballonnement léger du ventre ; douleur à l'hypogastre et dans la fosse iliaque. T. 39°7.

21. — Coliques, borborygmes, douleur à la pression. — Pansement. — Quelques vomissements. La malade ne dort pas. Purgation à l'huile de ricin ; elle reste sans effet. — Douleurs dans la jambe gauche.

23. — La suppuration diminue. La malade ne peut remuer la jambe gauche. Le membre entier est œdématié, et la peau a conservé sa coloration normale. Douleur vive quand on presse sur le trajet de la veine fémorale et de la saphène interne. Lavement purgatif. Onctions sur le membre inférieur avec de la pommade mercurielle belladonée ; on l'enveloppe ensuite dans de l'ouate.

Du 24 au 27. — Pansement tous les jours. Lavements purgatifs. Quelques vomissements. La douleur sur le trajet des veines diminue.

La suppuration est tarie. Suppression du tampon de gaze. L'œdème diminue considérablement.

29. — Les coliques disparaissent.

2 *février*. — Amélioration sensible ; la malade peut se lever. L'œdème persiste toujours. Sommeil et appétit.

Au toucher, on constate : les colonnes antérieures et postérieures sont normales ; un seul cul-de-sac médian ; au fond de ce cul-de-sac, on sent un petit bourrelet transversal présentant une largeur de 15 millimètres et large d'environ 3 millimètres. Deux petits orifices se trouvent aux extrémités de ce bourrelet. Ce bourrelet apparaît au speculum avec l'aspect blanchâtre des cicatrices.

Sortie le 2 avril.

Le 9 avril, la malade vient à la visite. La jambe gauche est toujours enflée. L'embonpoint est revenu, le teint est frais et il n'y a aucune douleur. Le ventre est parfaitement souple, et on ne

trouve aucune trace de ganglions indurés. Le vagin ne présente rien de particulier à l'examen.

La malade a été revue plusieurs fois, et rien n'est venu troubler la guérison (1).

Examen de la pièce. — L'utérus, manifestement augmenté de volume, présente les dimensions suivantes : Hauteur totale, 12 centimètres; diamètre transversal du corps, 7 centimètres et demi; hauteur de la cavité utérine, 10 centimètres; épaisseur de la paroi du corps, 27 millimètres.

Par sa surface extérieure, l'organe ne présente aucune lésion apparente. — Le col est fortement atteint et présente de profondes ulcérations; la lèvre postérieure est principalement malade. A la coupe, on constate que la muqueuse est malade dans toute son étendue; elle est épaissie, ulcérée presque partout. La couche musculaire du col est envahie dans sa totalité. On y trouve des clapiers pleins de pus et du volume d'un pois ou d'un petit haricot. La paroi de ces poches est tapissée de végétations granuleuses. La coupe de la paroi du col permet, du reste, de voir ces pertes de substance qui ont détruit en partie le tissu du col, surtout à sa partie inférieure. La muqueuse du corps est atteinte, dans sa partie inférieure, à un degré moins avancé; la couche musculaire est peu atteinte et seulement au niveau de son tiers inférieur.

On voit, en examinant cette pièce, que la lésion a la forme d'un cône à base inférieure, dont le sommet remonte dans le corps, et dont la hauteur est de huit centimètres. Le poids total de l'utérus est de 222 grammes.

L'examen histologique a été fait. Je n'ai pas pu avoir de note détaillée à ce sujet; le diagnostic était : *Epithélioma.*

(1) Un examen, pratiqué à la fin de février 1884, a permis de constater que l'état général est très bon et qu'il n'y a aucune trace de récidive.

Observation III

Extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour un carcinome.

Par M. le Dr Mandillon.

Je suis appelé, le 15 janvier 1883, auprès de Mme X..., demeurant à Bordeaux, rue Pierre-Noguey, pour lui donner mes soins. — Mme X..., forte et grasse personne, est âgée de trente-cinq ans. Mariée depuis une dizaine d'années, elle n'a jamais eu qu'une seule grossesse, terminée par la naissance d'une fille âgée aujourd'hui de six ans. Depuis un an environ, elle a des ménorrhagies très abondantes, et, depuis trois mois, des métrorrhagies. Je suis appelé actuellement pour lui donner mes conseils à propos de pertes de sang très considérables. Mon attention est naturellement portée sur les organes génitaux, et un examen complet me fait porter le diagnostic : cancer utérin. En effet, le toucher me montre un col dur, bosselé, volumineux, saignant au moindre contact; l'ouverture du col a disparu dans la masse néoplasique. Le col paraît être envahi dans la région sus-vaginale. L'examen le plus minutieux ne fait découvrir, ni dans les parois vaginales, ni dans les culs-de-sac, le moindre noyau de néoplasme.

Un traitement énergique fut immédiatement institué pour arrêter les hémorragies abondantes. Malgré les divers moyens employés, les pertes de sang furent très considérables, et j'estime que plusieurs litres de sang furent perdus dans l'espace d'un mois environ.

Enfin, sous l'influence du traitement ou autrement, une accalmie se produisit. J'en profitai pour reconstituer la malade, qui se trouvait dans un état d'anémie très avancé. Néanmoins, ce n'était qu'une accalmie, et l'envahissement de la tumeur, la multiplicité des hémorragies devaient tuer la malade à bref délai. — Encouragé par les succès de mes éminents confrères, les docteurs Demons

et Dudon, qui, en pareille circonstance, avaient extirpé l'utérus, je provoquai une consultation qui devait décider de l'opportunité d'une opération semblable. Mes distingués confrères et amis les docteurs Demons et Lande, appelés, après mûr examen, décidèrent que l'opération radicale était absolument nécessaire pour sauver les jours de notre malade. L'opération fut fixée au 22 février, cinq ou six jours après l'époque présumée des règles.

22 février. — L'opération fut pratiquée en présence des docteurs Demons, Lande et Dubreuil et de M. Doche, interne des hôpitaux. La femme, couchée sur le dos, le siège placé sur le rebord d'une table matelassée et en pleine lumière, est d'abord anesthésiée. Les jambes sont fortement portées dans l'abduction. Des pinces Museux sont successivement appliquées sur le col, dont le tissu se déchire facilement et donne un écoulement assez abondant de sang ; enfin, par des prises successives, le col est fortement saisi près de l'insertion vaginale, et amené à la vulve. Cette manœuvre fut pénible, et il fallut un temps considérable pour amener le néoplasme jusqu'à l'anneau vulvaire. Soit avec les doigts, des aides, soit avec des écarteurs, les grandes lèvres et même l'anneau vulvaire sont fortement écartés. On détache avec un bistouri les attaches de la partie antérieure du vagin. Sur les parties latérales, on se sert d'un bistouri boutonné. Puis, avec la lame des ciseaux et le doigt, on déchire le tissu cellulaire qui unit l'utérus et la vessie.

Pendant ce temps, l'utérus est à peu près abaissé. On arrive sur le péritoine, lequel est ouvert au bistouri, avec beaucoup de soins, pour ne pas blesser l'intestin. La membrane séreuse est coupée circulairement avec un bistouri boutonné jusque sur les parties latérales de la matrice. Comme la fourchette est très haute, et que la masse néoplasique occupait absolument le champ de l'anneau vulvaire, il parut dangereux d'aller détacher la paroi postérieure du vagin. On pouvait, en ouvrant le péritoine, blesser la masse de l'intestin grêle ou perforer le rectum. Nous eûmes recours au vieux procédé de Récamier : sur le doigt, introduit dans le ventre, entre la vessie et l'utérus, et servant de

conducteur, une forte érigne est introduite et fixée sur le fond de l'organe. Par des tractions modérées, on fit basculer l'utérus, on le leva pour ainsi dire, de manière à amener à la vulve le corps de l'organe avec les ligaments larges. Avec une aiguille courbe, armée d'un fil de catgut, on plaça successivement plusieurs ligatures sur les ailerons du ligament large du côté droit, et on le coupa immédiatement après avec des ciseaux, en rasant le plus possible la matrice. Du côté gauche, la même opération fut pratiquée. Malheureusement, une ligature dérapa, et un jet de sang artériel, abondant et saccadé nous démontra que l'artère utérine, qui était de fort calibre, était ouverte. Après des tâtonnements, qu'explique le retrait du ligament au fond de cette plaie profonde et étroite, l'artère fut liée. L'utérus n'était plus retenu que par l'insertion vaginale postérieure, qui fut détruite d'un coup de ciseaux. — L'opération était terminée. Néanmoins, une certaine quantité de sang s'échappait encore, et quelques ligatures perdues au catgut furent encore pratiquées, pour éviter la perte d'un liquide si précieux chez une femme épuisée déjà par des pertes de sang antérieures. — Pendant ce temps de l'opération, aucune anse intestinale ne s'échappa du ventre, et c'est à peine si, après l'extraction de l'utérus, on vit, dans le fond de la plaie, l'ovaire gauche et une ou deux anses intestinales. Les deux parties antérieure et postérieure furent réunies par trois points de suture au catgut; un drain fut placé dans l'angle gauche de la plaie de la cavité abdominale, à l'entrée du vagin, dans lequel on plaça deux tampons d'ouate iodoformée. Une forte compresse de gaze phéniquée fut placée sur la région vulvaire, et le tout maintenu par un bandage en T. L'opération avait duré deux heures un quart, et, pendant ce temps, la femme avait été anesthésiée; 125 grammes de chloroforme avaient été employés.

L'opérée, portée dans son lit, était d'une pâleur extrême, le pouls imperceptible. Bouillottes d'eau chaude aux pieds; la malade, bien couverte, doit prendre une cueillerée à soupe, toutes les dix minutes, d'un mélange d'eau-de-vie et d'eau.

Six heures du soir. — La malade est encore sous l'influence

du chloroforme ; le pouls, néanmoins, est sensible au toucher, la pâleur moins accusée. Par le cathétérisme on retire 280 grammes environ d'une urine claire et limpide.

23 *janvier*. — La malade est en pleine réaction ; la figure est colorée ; le pouls bat 100 pulsations à la minute, la physionomie est gaie. Pas la moindre douleur dans le ventre, pas de vomissement. Urine abondante et claire par le cathétérisme.

Cinq heures du soir. — P. 100 ; T. 37°4. Pas de douleur dans le ventre, pas de douleur à la pression. Urine abondante et claire. Teint coloré. Prescription : bouillon, jus de viande.

Le 24, *matin*. — T. 37°8 ; P. 104. Urines abondantes et claires. Langue dépouillée. Quelques douleurs dans les reins.

Soir. — Pansement. Les tampons retirés ne présentent pas trace de pus et n'ont aucune odeur. T. 37°5 ; P. 108. Figure reposée. Ventre légèrement douloureux. Les urines sont abondantes et claires.

Le 25, *matin*. — T. 37°6. Etat satisfaisant. P. 108. Léger endolorissement du ventre.

Soir. — Ventre sensible à la pression. T. 39°1 ; P. 108. Deux selles diarrhéiques. Prescription : 8 centigrammes d'extrait d'opium à prendre dans la nuit.

Le 26, *matin*. — Amélioration sensible. P. 104 ; T. 38°. Pas de diarrhée, pas de douleur dans le ventre. Pansement. Suppression du drain. Tampon d'ouate phéniquée dans le vagin. Le pansement enlevé renferme peu de pus et n'exhale aucune odeur.

Soir. — P. 108. Ventre souple. La malade urine seule. Elle réclame des aliments substantiels.

Le 27, *matin*. — T. 38° ; P. 104. Appétence prononcée : œufs, cervelles, bouillon, potages.

Soir. — T. 38° ; P. 108.

1er *mars*, *matin*. — T. à sept heures 38°. Nuit agitée. A ma visite de onze heures, la température est à 37°9 ; le pouls est à 100. État général satisfaisant. Pertes purulentes abondantes. Lavage vaginal à l'eau phéniquée. Même régime.

Soir. — T. 38° ; P. 108. Urines abondantes et noirâtres (légère intoxication phéniquée). Même régime.

Le 2. — T. 38° ; P. 90. Les urines sont devenues claires et présentent une teinte ambrée. Pertes abondantes. La femme est examinée au speculum. Réunion des deux lèvres du vagin. Lavage d'eau phéniquée à travers le speculum. Régime analeptique.

Le 3, *4 heures.* — T. 37 ; P. 84. Pertes moins abondantes. État général très bon. Lavages vaginaux avec de l'eau tiède coupée de teinture d'eucalyptus. Trois selles moulées dans la journée.

Les 4 *et* 5. — Etat général très bon. P. 90 ; T. 37°. Pertes purulentes moins abondantes.

Le 6. — Etat général bien satisfaisant. Appétit excellent. P. 80. On ne place plus le thermomètre. Pertes presque nulles. La malade peut se remuer dans son lit, sans fatigue ni douleur. Etat local très bon.

Les 7, 8 *et* 9. — État de plus en plus satisfaisant. Pertes presque nulles. Appétit excellent ; pouls entre 72 et 80. Température normale.

A partir de ce jour, l'état général va en s'améliorant. Les forces reviennent. Pertes vaginales insignifiantes. La malade se lève le 17. La guérison est absolue. L'examen vaginal nous montre un vagin de sept centimètres de profondeur environ, avec parois souples dans le fond et sur les côtés. Cicatrisation linéaire au fond de la cavité vaginale. Aujourd'hui, 23 février, Mme X... se lève, fait ses affaires, et, dans huit jours, reprendra son travail de mécanicienne. L'anémie, si considérable avant l'opération, a disparu ; le teint est rosé, les forces sont complètement revenues.

La malade a été revue dans le courant du mois de mai. La guérison se maintient.

Récidive au 6e mois, mort au 12e.

La tumeur était constituée par du carcinome. Les alvéoles sont très larges et traversées par des filaments secondaires ; les parois sont constituées par un tissu conjonctif adulte présentant une très grande épaisseur. Des éléments épithéliaux les remplissent, cons-

titués par des cellules polymorphes, granuleuses, avec un noyau et des nucléoles. Il s'agit manifestement d'un carcinome, se rapprochant un peu de la forme squirreuse. Les fibres musculaires sont peu envahies, et seulement au niveau du néoplasme, où elles présentent la dégénération embryonnaire.

Observation IV

(Inédite.)

Cancer du col. — Hystérectomie par la voie vaginale. — Mort.

*Par M. le D*r DUDON.

Marguerite D., 26 ans, sans profession, entrée, le 6 octobre 1883, aux petites payantes ; service de M. le Dr Dudon. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans. Accouchement normal à 20 ans.

En décembre 1882, elle a eu une légère métrorragie. Huit jours après, nouvelle perte de sang, se renouvelant tous les trois ou quatre jours. Elle consulte M. le Dr Burguet en janvier 1883. Il pratique des cautérisations au fer rouge. Les hémorragies n'en continuèrent pas moins, et se renouvelaient tous les trois jours environ. A partir du 25 mars, elles devinrent moins fréquentes et alternèrent avec des pertes jaunâtres ou rosées et inodores.

Névralgies intenses dans la région hypogastrique. Coliques violentes et expulsion de caillots de sang pur. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, et il se montre une constipation opiniâtre.

État actuel. — Le vagin est sain, le col de l'utérus mobile, augmenté de volume et légèrement déjeté en arrière; le cul-de-sac postérieur est diminué, l'antérieur est élargi. Les lèvres sont déformées, et l'antérieure plus volumineuse; leur consistance est moindre qu'à l'état normal; l'orifice externe du col est agrandi et irrégulier. Pas d'amaigrissement sensible ; le tube digestif fonc-

tionne très bien, à part la constipation signalée plus haut. Pas d'œdème des membres inférieurs. La malade a un système nerveux manifestement excitable.

Opération le 14 avril 1883. — Anesthésie. Position de la taille. L'utérus est attiré à la vulve, au moyen de pinces à griffes, par tractions progressives. Section du cul-de-sac antérieur du vagin. On fait ensuite basculer l'utérus pour mettre le cul-de-sac postérieur à découvert. Section du vagin en arrière. Ligatures assez nombreuses. Les culs-de-sac latéraux sont alors incisés ; ligature des artères utérines au moyen d'une aiguille courbe. L'utérus est alors presque tout entier hors de la vulve, et on achève de le détacher sans peine en quelques coups de bistouri.

Pas de suture ; application de tampons de gaze iodoformée en queue de cerf-volant au fond du vagin.

La malade est portée dans son lit après avoir été cathétérisée.

Suites. — Cathétérisme toutes les quatre heures. Champagne. Glace. Extrait thébaïque.

15 *avril.* — Mauvaise nuit. Douleurs très vives dans le flanc et la fosse iliaque droits. Respiration anxieuse ; pouls filiforme à 104. Petite hémorragie vaginale. Traits tirés. Hoquet. Cataplasme laudanisé sur le ventre. T. 39. Couche d'onguent napolitain belladoné sur le ventre. 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

16. — Aggravation des symptômes.

17. — Un peu moins mal. Bouillon et vin vieux. Six vomissements dans la journée ; ils sont jaune-verdâtre. Ventre ballonné. Bouche pâteuse. Pouls filiforme à 130 ; T. 38°5.

18. — Vomissements continuels..... Mort à trois heures du soir.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, issue de gaz très fétides. Le péritoine, le grand épiploon et l'intestin sont très vascularisés. Adhérences intestinales nombreuses. Un peu de liquide séreux, louche, demi-purulent. Tous les intestins qui remplissent le petit bassin sont réunis en une masse par les néofarmations. La vessie est ratatinée. Pas de suppuration au niveau de l'ouverture vaginale de l'abdomen ;

les tampons de gaze iodoformée ne sont souillés par aucun produit de mauvaise nature.

Examen de l'utérus. — Le col est très volumineux (6 centimètres de circonférence) ; sa surface extérieure présente des saillies polypiformes plus ou moins volumineuses ; elles sont constituées par du cancer pur. Les parties malades sont entourées par une même coque de tissu sain. Le corps est atteint seulement dans sa partie inférieure.

Observation V

(Inédite.)

Cancer du col. — Hystérectomie. — Mort.
Par M. le Dr Demons.

Catherine B..., quarante-deux ans, entrée le 18 juin 1883. (Salle 2, lit 12.)

La malade meurt, trois jours après l'opération, de péritonite aiguë.

La lésion et l'opération ne présentent rien de particulier.

A l'autopsie, on trouve une éponge dans l'abdomen : on avait compté les éponges avant l'opération, et lorsqu'elle fut terminée, on demanda à l'aide qui en était chargé s'il avait le compte ; il répondit affirmativement. Telle fut la cause de ce déplorable accident.

Observation VI

(Inédite.)

Cancer du corps et du col. — Hystérectomie. — Mort.
Par M. le Dr Demons. (Voyez p. 12.)

Mme X..., âgée de soixante-deux ans, possède un cancer utérin datant de huit ou dix mois.

La lésion est très avancée, et, malgré l'hésitation des médecins

appelés en consultation, elle exige absolument qu'on l'opère, car elle sait que là est son unique chance de salut.

Opération très pénible, à cause de nombreuses adhérences ; elle dure quatre heures.

Douleurs violentes dans l'abdomen. Mort dans la nuit.

Observation VII

(Inédite.)

Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Par M. le Dr Demons.

Marie D..., quarante et un ans, entrée, le 27 février 1884, dans le service de M. le Dr Demons. (Petites payantes, chambre 7.)

Cette femme a été réglée à dix-sept ans. Elle s'est mariée à vingt-huit ans, et elle a eu neuf enfants ; tous ses accouchements ont été normaux, et elle n'a jamais eu d'avortement. L'aîné de ses enfants a treize ans, le plus jeune un an.

La maladie a débuté, il y a onze mois, par une hémorrhagie abondante ; elle a continué sans arrêt, présentant, dans sa continuité, des alternatives de diminution et d'augmentation. Elle n'a cependant jamais atteint l'abondance du premier jour.

La métrorrhagie s'est arrêtée un mois avant l'entrée à l'hôpital de la malade ; elle avait été en décroissant progressivement, disparaissant complètement pour être remplacée par des pertes blanches.

Elle a été examinée, pour la première fois, le 24 mars. On a constaté, au toucher, la présence d'une tumeur fongueuse et mollasse occupant l'emplacement de l'utérus ; les culs-de-sac paraissent sains, mais on ne retrouve plus les lèvres du museau de tanche, et à la place de la saillie du col dans le vagin on trouve un champignon assez volumineux, de forme arrondie, de consistance un peu molle et remplissant tout le fond du vagin. Les lésions paraissent remonter au-dessus de l'insertion du vagin,

qui paraît intact. En pratiquant en même temps la palpation sur la partie inférieure de l'abdomen, on ne trouve pas une augmentation sensible du volume de l'utérus. Cet organe est très mobile; il n'y a point de tuméfaction dans les fosses iliaques ; la miction s'opère normalement.

Cette femme paraît être dans d'excellentes conditions pour qu'on puisse tenter l'hystérectomie ; elle n'a pas de teinte cancéreuse, et son état général est relativement satisfaisant.

M. Demons pratique l'opération le 28 février 1884.

Anesthésie ; précautions antiseptiques ordinaires ; position de la taille périnéale. Le col est saisi avec les pinces de Museux modifiées. Incision circulaire du vagin à un centimètre de ses insertions sur le col. Séparation du col et de la vessie avec le doigt. Ouverture *avec le doigt* du cul-de-sac péritonéal antérieur. L'index gauche est passé le long de la face antérieure de l'utérus, et atteint le fond de l'organe. Sur ce doigt est glissée une érigne double que l'on accroche au fond de l'utérus ; les tractions opérées au moyen de cette érigne amènent le renversement facile de l'organe en avant. Le ligament large gauche est sectionné de haut en bas, après que les catguts ont été passés au moyen de l'aiguille de Cooper, aussi loin possible des bords de l'utérus et de manière à créer de petits pédicules ayant en moyenne un centimètre d'épaisseur. Même manœuvre pour le ligament large droit. Enfin, on divise par un coup de bistouri transversal le péritoine, qui recouvre la face postérieure de l'utérus, et on achève la section du vagin. Deux ou trois vaisseaux qui donnaient un peu de sang sont saisis avec les grandes pinces à hystérectomie et liés.

Pas d'issue des anses intestinales.

Six points de suture sur le vagin, en ayant soin de laisser absolument libres les deux extrémités de la plaie, rendue linéaire par la suture. Dans chacun de ces pertuis, on plaça un drain de moyen calibre. Un tampon de gaze iodoformée fut mis au fond du vagin ; un pansement de Lister fut alors appliqué sur les grandes lèvres, et maintenu au moyen d'un bandage en T. L'opération a duré une heure et demie.

Suites de l'opération. — 28 *février.* — T = 37; P. = 80. — Dans la nuit, vomissements porracés très abondants. Glace à l'intérieur. Douleurs assez vives dans l'abdomen; envies fréquentes d'uriner, sommeil impossible. Cathétérismes.

29. — T = 37,4 — 38,6; — P = 120, 132. — Moins d'agitation dans la matinée; les vomissements ont disparu; il n'y en a eu qu'un seul jusqu'à trois heures. Sommeil léger vers dix heures, soif ardente; l'ingestion de la moindre quantité de limonade gazeuse réveille les vomissements; la peau est brûlante. Le ventre est légèrement ballonné, mais non douloureux à la pression; enfin, une couche de muguet est aperçue sur la langue.

1er *mars.* — T = 38 — 38,2; — P = 128 — 132. — Meilleure nuit. Pas de vomissements depuis hier soir à trois heures. Le facies est bon.

Pansement. — Un peu de sang sur la gaze phéniquée, mucosités sanguinolentes sur la gaze iodoformée; point de douleur à la pression sur le ventre ; quelques petits caillots dans les drains. — Injection vaginale d'eau phéniquée, suppression des drains; tampon de gaze iodoformée dans le vagin et pansement de Lister sur la vulve. — La malade prend de la limonade comme boisson — Dans l'après-midi, soif toujours ardente, peau très chaude ; la nuit a été un peu agitée ; point de sommeil, pas de vomissements. — Cathétérisme toutes les quatre heures environ.

3. — *Pansement.* — Injection vaginale avec l'eau phéniquée tiède. On change le tampon de gaze iodoformée, qui sent mauvais ; pas de douleur ni de ballonnement du ventre. — Etat très satisfaisant. Le pansement enlevé est imbibé d'une faible quantité d'un liquide noirâtre sans odeur ; l'injection dans le vagin revient claire. — Soif modérée, pas de vomissements; la malade ne prend que des potages. — (T. 37-37, 8 ; P. 124-138.)

4. — Etat satisfaisant ; on ajoute des œufs à l'alimentation des jours précédents.

5. — T. 37, 8; P. 100. — *Pansement.* — Suppuration noirâtre sur le pansement.

6 *mars*. — La température reste au-dessous de 38, le pouls de 80 à 90. Encore un peu de muguet.

7. — On enlève les six points de suture ; le pansement ne présente pas de très mauvaise odeur. Injection vaginale. Suppression du tampon de gaze iodoformée.

8. — Nouvelle injection ; le pus du pansement sent très mauvais.

9. — *Pansement*. — Sur la gaze phéniquée, on trouve un lambeau de membrane sphacélée.

10. — Injection, pansement; moins de pus.

Du 11 au 17. — On continue les injections ; la suppuration diminue de jour en jour. — On pratique deux injections par jour jusqu'au 21 mars. — La suppuration disparaît, et la malade sort guérie, le 24 ; état général parfait. La malade se lève sans souffrir; elle est très joyeuse et a un facies excellent.

On constate la présence au fond du vagin d'une cicatrice transversale linéaire. — Pas de tuméfaction dans le fond du vagin ni dans l'abdomen. Le ventre n'a jamais été tuméfié dans le cours de la guérison, ni douloureux à la pression. Pas de gonflement des membres.

L'examen anatomique a été fait par M. le professeur agrégé Lagrange. La pièce anatomique, qui comprend l'utérus tout entier, peut être divisée en deux parties bien distinctes. On remarque d'abord le corps utérin, à peu près conservé dans sa forme et dans son volume ; la dernière partie n'est autre que la tumeur elle-même développée aux dépens du col de l'organe. Elle consiste en un volumineux champignon arrondi, en forme de chou-fleur, mamelonné, long de 7 centimètres, large de 5.

Le néoplasme ne s'est point développé aux dépens de la totalité du col de l'utérus ; la partie droite de la lèvre antérieure a été respectée : on peut l'apercevoir, repoussée et recroquevillée, derrière la volumineuse masse morbide. Un sillon très profond sépare la partie saine, le corps de l'utérus, de la partie malade. Ce sillon est nettement visible sur toute la circonférence de la tumeur, mais il est accusé surtout sur la face postérieure. Sur cette face,

on voit le corps de l'utérus et l'isthme, relativement mince et étroit, s'attacher au reste de la tumeur comme la queue d'un champignon s'attache à la partie principale.

Aspect intérieur. — L'incision médiane nous permet de constater l'intégrité de la cavité du corps utérin; au contraire, la cavité cervicale a complètement disparu. Le tissu du corps de l'utérus paraît nomal; on y voit bon nombre de vaisseaux béants, à la coupe; la couleur rouge clair de ce tissu contraste avec l'aspect blanchâtre que présente la coupe du néoplasme. La ligne de démarcation du tissu sain et du tissu morbide paraît très nette, si l'on en juge par cette différence de coloration.

Examen microscopique. — Le raclage pratiqué à la surface du champignon ulcéré donne un très grand nombre de cellules épithéliales, qui ne permettent point d'hésiter un seul instant sur la nature de l'affection; aussi, les coupes que nous avons faites sur elle portent surtout sur la zone de transition qui unit le tissu du corps et de l'isthme utérin à la partie malade. C'est ainsi que nous avons pu voir les cellules épithéliales écarter les faisceaux de fibres musculaires lisses et s'infiltrer sur leurs intervalles. Les fibres musculaires, en se tassant les unes contre les autres, laissent des espaces alvéolaires que les cellules épithéliales remplissent. Lorsque ces cellules épithéliales prédominent sur le tissu normal, la coupe présente une coloration blanchâtre, parce que les vaisseaux disparaissent en quelque sorte devant l'envahissement lent, mais progressif de la lésion.

Conclusion. — Epithélioma de l'utérus ayant intéressé toute la portion cervicale de l'organe, commençant à atteindre l'isthme.

Ce cas réunissait toutes les conditions désirables : mobilité de l'utérus, intégrité de la lèvre antérieure et bon état général.

Remarquons l'issue de fragments sphacélés et la mauvaise odeur que présentent les tampons iodoformés. Ceci nous montre l'importance d'un drainage parfait et l'utilité de pansements fréquents. Les injections ont dû être faites très souvent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sauter. — Die extirpatione der carcinomatosen gebarmutter. Constance, 1822.
Von Siebold. — De scirrho et carcinomate uteri abjecti tribus totius uteri extirpatione observationibus. Berolini, 1826.
Sauter. — Archives de médecine, 1824; t. V, p. 616.
Récamier. — Traitement du cancer. Paris, 1829. p. 366.
Journal général de médecine; oct. 1829, t. CIX, p. 91.
Bastien et *Legendre.*—Bulletin de la Société de chirurgie, t. II, 1859.
Lucas-Championnière. — Lymphatiques utérins. Th., Paris, 1870.
Coudereau. — Tribune médicale, p. 547; 1874-75.
Lucas-Championnière. — Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. — Arch. de tocologie, 1875; t. II, p. 529.
American-Journal, vol. 73; 1877.
Fusier. — Essai sur le diagnostic et le traitement du cancer utérin. Th., Paris, 1876.
Fioupe. — Étude sur les lymphatiques utérins. Th., Paris, 1876.
Coudereau. — Congrès de Paris pour l'avancement des sciences, 1878.
Tillaux et *Duplay.* — Bulletin de l'Académie de médecine; 1879.
Picqué. — Th. agreg. Paris, 1880.
Mikulicz. — Wienes médizinische wochenschrift, n° 47; 1880.
Zeitschrift für geburtshilfe und gynæcologie, 1881; t. VI, fasc. 2.
Terrier. — Bulletins de l'Académie de médecine; 1881.
Bompiani. — Gaz. medica di Roma, n° 6; 1881.
Haidlen. — Zeitschrift für geburtshilfe und gynæcologie; 1881.
Kocher. — Revue médicale de la Suisse romande, n° 11; 1881.
Müller. — Centralblatt f. gynæcologie; 25 février 1882.
Kocks. — Centralblatt für gynæcologie; 25 février 1882.
Schwartz. — Revue de chirurgie; juin 1882.
Fenger. — American-Journal; janvier 1882, et Archives de tocologie, 1882.
The Edimbourg obst. soc.; 1881-1882; t. XII, pp. 136-142.

Simpson. — Edimbourgh med. Journal; 1882, t. XVIII.
Polaillon. — Annales de gynécologie; juillet 1882.
British medical Journal; 15 septembre 1883.
New-York medical Record.; 1883, t. XXIII, p. 529.
The Lancet; 1883, nº 11.
The medical Record (New-York); 12 mai 1883.
Sanger. — Archiv für gynæcologie; Berlin, 1883. — Zur totalextirpation der carcinomatosen uterus.
Demons. — Archives générales de médecine; septembre 1883.
Centralblatt für chirurgie, nº 10; 1884.
Bulletin dell. scienz. médic. di Bologna; janvier 1884, fasc. 1, p. 64.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

1. Museau de tanche.
2. Trompe.
3. Ovaire.
4. Section du cul de-sac péritonéal antérieur
5. Vessie, rabattue par une érigne.
6. Uretère.
7. Artère utérine.
8. Pubis.
9. Muscle grand adducteur.
10. Rectum.

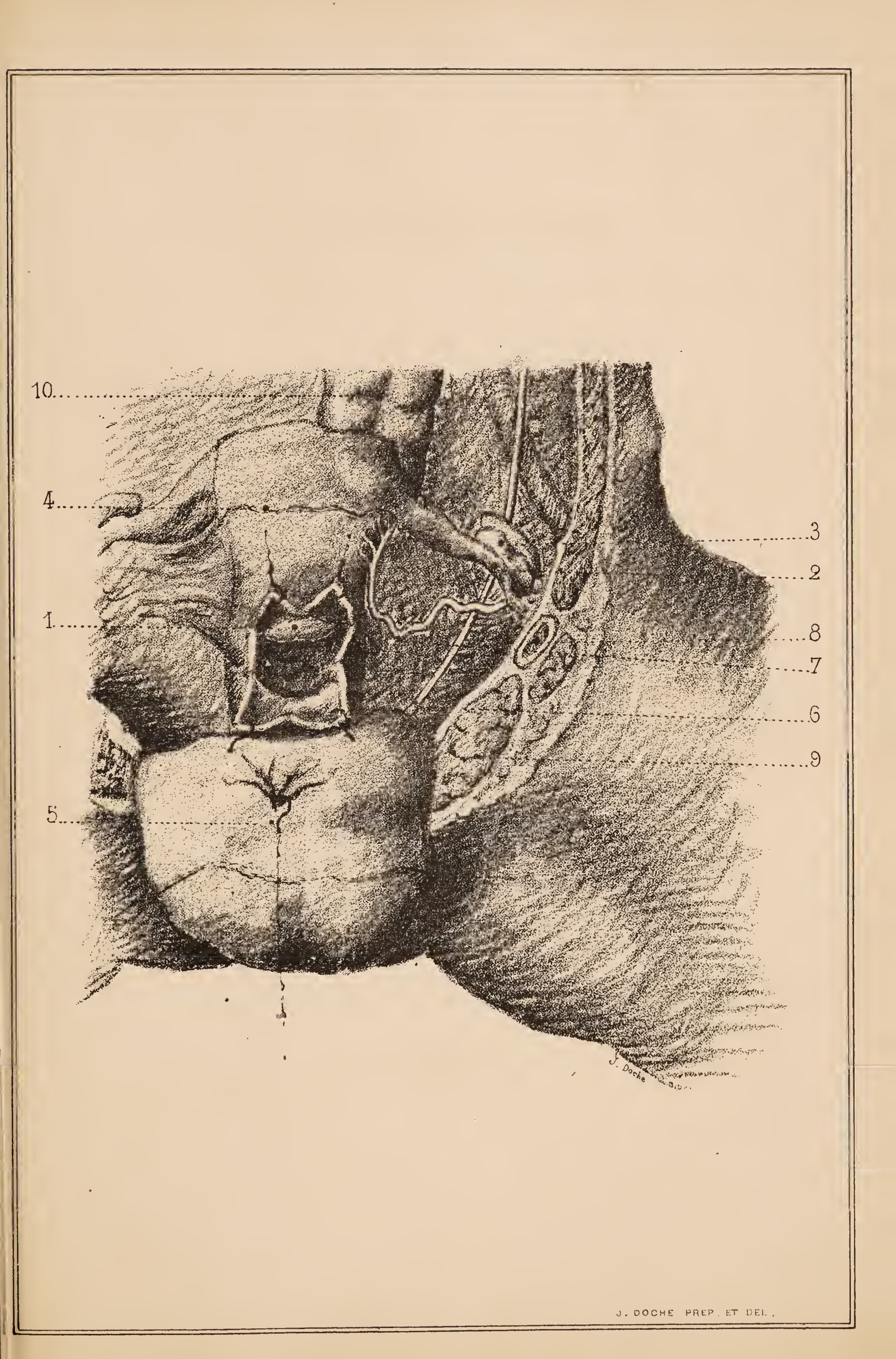

10
4
1
5
3
2
8
7
6
9
J. Doche
J. DOCHE PREP. ET DEL.

TABLE DES MATIÈRES

Toulouse, imprimerie DOULADOURE-PRIVAT, rue Saint-Rome, 39 — 7228

TOULOUSE, IMPRIMERIE DOULADOURE-PRIVAT, RUE SAINT-ROME, 39.